New Nouveau Brunswick
Be...in this place • Être...ici on le peut

2008-2009
Annual Report

Department of Health

2008-2009
Rapport annuel

Ministère de la Santé

2008-09 Annual Report

Published by:
Department of Health
Province of New Brunswick
P.O. Box 5100
Fredericton, New Brunswick
E3B 5G8
Canada

December, 2009

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Department of Health

Printing and Binding:
Department of Supply and Services

ISBN: 978-1-55471-250-2
ISSN: 1449-4704

Printed in New Brunswick

Rapport annuel 2008-2009

Publié par le :
Ministère de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick
C. P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
Canada

Décembre 2009

Couverture
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition et mise en page
Ministère de la Santé

Impression et reliure
Ministère de l'Approvisionnement et des Services

ISBN : 978-1-55471-250-2
ISSN : 1449-4704

Imprimé au Nouveau-Brunswick

New Nouveau Brunswick
Be...in this place • Être...ici on le peut

2008-2009
Annual Report

Department of Health

2008-2009
Rapport annuel

Ministère de la Santé

The Honourable Graydon Nicholas
Lieutenant-Governor of the Province of New Brunswick

Sir:

I have the honour of presenting to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2009.

Mary Schryer
Minister

The Honourable Mary Schryer
Minister of Health
Province of New Brunswick

Madam:

With respect, I present to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2009.

Don Ferguson
Deputy Minister

L'honorable Graydon Nicholas
Lieutenant-gouverneur du Nouveau-Brunswick

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel du ministère de la Santé pour l'année financière terminée le 31 mars 2009.

Mary Schryer
Ministre

L'honorable Mary Schryer
Ministre de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick

Madame,

Je vous soumets respectueusement le rapport annuel du ministère de la Santé pour l'année financière terminée le 31 mars 2009.

Don Ferguson
Sous-ministre

TABLE OF CONTENTS

Organizational Chart 5
Legislation 7

Core Business Area
Protection of Those Most at Risk 9

Acute and Short-Term Mental Health Services 9

Child and Adolescent Mental Health Services 9
Psychiatric Patient Advocate Services 10
Youth Treatment Program 10
Pharmaceutical Services 11
- NB Prescription Drug Program 11
- NB Prescription Monitoring Program 12

Core Business Area
Prevention/Education/Awareness 13

Public Health Programs and Services 13

Communicable Disease Prevention, Management and Control 13
- Immunization Program 13
- Pandemic Influenza Planning 15
- HIV Testing Programs 15

Health Protection Programs 19
- Food Safety 19
- Environmental Health and Community Sanitation 23
- Communicable Disease Control 25

Promotion of Healthy Lifestyles/Healthy Families 25
- Early Childhood Initiatives 25
- 3.5 Year old Clinics 27
- Baby-Friendly Initiative (BFI) 28
- Healthy Eating 29
- Dental Health 29
- Healthy Learners in School Program 29
- Sexual Health Program 30
- Injury/Disease Prevention Initiatives: 30

Tobacco 30
Mental Health Prevention/Promotion Initiatives 31

TABLE DES MATIÈRES

Organigramme 6
Cadre législatif 7

Secteur d'activité principal
Protection des personnes les plus à risque 9

Services d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale 9
Services de santé mentale pour enfants et adolescents 9
Services de défense des malades psychiatriques 10
Programme de traitement pour les jeunes 10
Services pharmaceutiques 11
- Plan de médicaments sur ordonnance 11
- Programme de surveillance pharmaceutique 12

Secteur d'activité principal
Prévention, éducation et sensibilisation 13

Programmes et services de santé publique 13

Prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles 13
- Programme d'immunisation 13
- Planification en cas de pandémie d'influenza 15
- Programmes de dépistage du VIH 15

Programmes de protection de la santé 19
- Salubrité des aliments 19
- Écosalubrité et salubrité communautaire 23
- Surveillance des maladies transmissibles 25

Promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains 25
- Initiatives pour la petite enfance 25
- Clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi 27
- Initiative des amis des bébés 28
- Alimentation saine 29
- Hygiène dentaire 29
- Programme Apprenants en santé à l'école 29
- Programme de santé sexuelle 30
- Initiatives de prévention des blessures et des maladies 30

Tabagisme 30
Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale 31

Core Business Area
Provision of Care 33

Ambulance Services 33
Primary Health Care 35
Community Health Centres 37
Telecare and Health-Related Information Lines 39

Hospital Services 40
- Cardiac Care Program 45
- Mobile Lithotripsy Services 45
- Dialysis Services 45
- Provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service 46
- Surgical Access Management 47
- Metabolic/Genetic Newborn Screening Services 53
- Universal Newborn Infant Hearing Screening Program 54
- Cochlear Implant Follow-Up Services 55
- PET-CT 56
- Organ and Tissue Procurement 56
- Patient Safety 58
- New Brunswick Extra-Mural Program 60
- Rehabilitation Services 62
- Capital Equipment 63

New Brunswick Cancer Network 63
Addiction Services 67
Community Mental Health Centres 69
In-Patient Psychiatric Care 69
Long-Term Mental Health Services 70
Medicare 70
Health Emergency Management Services 71
Pandemic Influenza Planning 73
Communications 74
Contract Management and Corporate Support Services 74
Official Languages 74

Office of Associate Deputy Minister of Health 75
- Dialogue Santé 75
- Francophone Services and Rural Health 75
- Teaching Center Designation 76
- New Brunswick Career Days 76
- Allied Health Professionals Resource Strategy 76
- Nursing Resource Strategy 77
- Physician Resource Strategy 79

Planning, Sustainability, E-health and Corporate Privacy 82
- Research, Planning, Evaluation and Policy 82
- Health Planning, Policy and Legislation 82
- Accountability and Health Information Management 84
- Innovation, E-health and the Office of Sustainability 85
- Corporate Privacy Office 91

Financial Overview (Pie Chart) 92
Financial Overview (Itemized Totals) 93
Financial Overview (Variances) 95

Secteur d'activité principal
Prestation de soins 33

Services d'ambulance 33
Soins de santé primaires 35
Centres de santé communautaires 37
Télé soins et lignes d'information liées à la santé 39

Services hospitaliers 40
- Programme de soins cardiaques 45
- Services mobiles de lithotritie 45
- Services de dialyse 45
- Service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU) 46
- Gestion de l'accès aux services de chirurgie 47
- Service de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés 53
- Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons 54
- Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires 55
- TEP CT 56
- Dons d'organes et de tissus 56
- Sécurité des patients 58
- Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick 60
- Services de réadaptation 62
- Biens d'équipement 63

Réseau Cancer Nouveau-Brunswick 63
Services de traitement des dépendances 67
Centres de santé mentale communautaires 69
Soins psychiatriques aux patients hospitalisés 69
Services de santé mentale de longue durée 70
Assurance-maladie 70
Services de gestion des interventions d'urgence 71
Planification en cas de pandémie d'influenza 73
Communications 74
Gestion des contrats et services de soutien ministériels 74

Langues officielles 74

Bureau du sous-ministre délégué du ministère de la Santé 75
- Dialogue Santé 75
- Services francophones et santé rurale 75
- Désignation centre d'enseignement 76
- Journées carrières au Nouveau-Brunswick 76
- Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles 76
- Stratégie en matière de ressources infirmières 77
- Stratégie des ressources médicales 79

Planification, viabilité, cybersanté et Bureau ministériel de la protection de la vie privée 82
- Recherche, planification, évaluation et politiques 82
- Planification des services de santé, politiques et législation 82
- Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé 84
- Innovation, cybersanté et Bureau de la viabilité 85
- Bureau ministériel de la protection de la vie privée 91

Aperçu financier (diagramme circulaire) 92
Aperçu financier (totaux détaillés) 94
Aperçu financier (écarts) 95

Organizational Chart
Health 2008 -2009
Minister
Hon. Mary Schryer
Deputy Minister
Don Ferguson
Communications
Tracey Burkhardt
Office of the Associate Deputy Minister of Health
Jean Castonguay, Associate Deputy Minister of Health
Chief Medical Officer of Health
Dr. Elish Cleary
Institutional, Health Emergency Management and Pharmaceutical Services
Pam Mitchell, Assistant Deputy Minister
Corporate Services
Tom Maston, Assistant Deputy Minister
Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services
Ken Ross, Assistant Deputy
New Brunswick Cancer Network
Dr. S. Eshwar Kumar, Co-Chief Executive Officer
Dr. Rejean Savoie, Co-Chief Executive Officer
Planning, Sustainability and E-Health and responsible for Corporate Privacy
Jean-Marc Dupuis, Assistant Deputy Minister
Internal Communication
Wade Wilson
Senior Medical Advisor
Dr. Wayne MacDonald
Health Protection
Scott MacLean
Hospital Services
Roberte O'Regan
Financial Services
Eric Beaulieu
Addiction and Mental Health Services
Barb Whitenect
Operations
Dan Coulombe
Research, Planning, Evaluation and Policy
Kelli Simmonds
Rural Health, Medical Education and Francophone Services
Lyne St-Pierre-Ellis
Communicable Disease Control
Gloria Merrithew (acting)
Health Emergency Management Services
Joanne RoseVear
Human Resources
Joanne Stone
Quality Management and Executive Support
John Estey
Planning, Sustainability, E-Health and Corporate Privacy
Cheryl Hansen
Medicare Services
Linda Lingley
Population Health and Public Health Practice
Claudette Landry (acting)
Prescription Drug Program
Leanne Jardine
Information Technology Services
Dawn O'Donnell
Child and Adolescent Services
Yvette Doiron-Brun
Medicare, Operations
Kim Blinco
Contract Management and Corporate Support Services
Mark Thompson
Adult Services
Sylvie Martin
Nursing Resources Advisor
Alice Thériault
Primary Health Care
Bronwyn Davies
Allied Health Professional Resources Advisor
Michèle Roussel

Organigramme
Santé 2008-2009
Ministre
Hon. Mary Schryer
Sous-ministre
Don Ferguson
Communications
Tracey Burkhardt
Bureau du sous-ministre délégué
Jean Castonguay, sous-ministre délégué de la Santé
Médecin-conseil principal
Dr Wayne MacDonald
Santé rurale, formation médicale et services francophones
Lyne St-Pierre-Ellis
Services de l'Assurance-maladie
Linda Lingley
Assurance-maladie, Opérations
Kim Blinco
Conseillère en ressources infirmières
Alice Thériault
Conseillère des ressources professionnelles en santé
Michèle Roussel
Médecin hygiéniste en chef
Dr Elish Cleary
Protection de la santé
Scott MacLean
Contrôle des maladies transmissibles
Gloria Merrithew (intérimaire)
Santé de la population et pratiques en santé publique
Claudette Landry (intérimaire)
Services en établissement, gestion des interventions d'urgence et services pharmaceutiques
Pam Mitchell, sous-ministre adjointe
Services hospitaliers
Roberte O'Regan
Services de gestion des interventions d'urgence
Joanne Rosevear
Plan de médicaments sur ordonnance
Leanne Jardine
Services ministériels
Tom Maston, sous-ministre adjoint
Services financiers
Eric Beaulieu
Ressources humaines
Joanne Stone
Services des technologies de l'information
Dawn O'Donnell
Gestion des contrats et services de soutien ministériel
Mark Thompson
Services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires
Ken Ross, sous-ministre adjoint
Services de traitement des dépendances et de santé mentale
Barb Whitenect
Gestion de la qualité et soutien exécutif
John Estey
Services aux enfants et aux adolescents
Yvette Doiron Brun
Services aux adultes
Sylvie Martin
Soins de santé primaires
Bronwyn Davies
Réseau Cancer Nouveau-Brunswick
Dr S. Eshwar Kumar, codirecteur général
Dr Réjean Savoie, codirecteur général
Opérations
Dan Coulombe
Planification, viabilité, cybersanté et responsable du Bureau ministériel de la protection de la vie privée
Jean-Marc Dupuis, sous-ministre adjoint
Recherche, planification, évaluation et politiques
Kelli Simmonds
Planification, viabilité, cybersanté et Bureau ministériel de la protection de la vie privée
Cheryl Hansen
Communication interne
Wade Wilson

LEGISLATION

STATUTES UNDER THE JURISDICTION OF THE MINISTER OF HEALTH AND ADMINISTERED BY THE DEPARTMENT OF HEALTH

Ambulance Services
Anatomy
Cemetery Companies
Clean Air (paragraph 8(2)(a) and subsection 8(4))
Clean Water (subsections 10(1), 12(3), 13(3), (4), (5), (6) and (7) and 13.1(1), (3), (4), (9), (10) and (11))
Fish Inspection
Health
Health Services
Hospital (except section 21)
Hospital Services
Human Tissue Gift
Insurance (sections 242.1 to 242.4)
Liquor Control (clause 69(1)(c)(i)(A))
Medical Consent of Minors
Medical Services Payment
Mental Health
Mental Health Services
Motor Vehicle (paragraphs 84(12)(a) and 84(12.01)(b) and subsection 301(2))
Municipalities (subsection 125(1))
Pesticides Control (paragraph 8(1)(b))
Prescription Drug Payment
Regional Health Authorities
Smoke-free Places
Tobacco Damages and Health Care Costs Recovery
Tobacco Sales

STATUTES UNDER THE JURISDICTION OF THE MINISTER OF HEALTH AND ADMINISTERED BY A BOARD, COMMISSION, COUNCIL OR OTHER BODY

Statute	Administering Body
Hospital (section 21)	Department of Social Development
Midwifery	Midwifery Council of New Brunswick
New Brunswick Health Council	

CADRE LÉGISLATIF

LOIS RELEVANT DE LA COMPÉTENCE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET MISES EN APPLICATION PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Anatomie
Assainissement de l'air (l'alinéa 8(2)a) et le paragraphe 8(4))
Assainissement de l'eau (les paragraphes 10(1), 12(3), 13(3), (4), (5), (6) et (7) et 13.1(1), (3), (4), (9), (10) et (11))
Assurances (les articles 242.1 à 242.4)
Compagnies de cimetière
Consentement des mineurs aux traitements médicaux
Contrôle des pesticides (l'alinéa 8(1)b))
Dons de tissus humains
Endroits sans fumée
Gratuité des médicaments sur ordonnance
Hospitalière (sauf l'article 21)
Inspection du poisson
Municipalités (le paragraphe 125(1))
Paiement des services médicaux
Recouvrement de dommages-intérêts et du coût des soins de santé imputables au tabac
Régies régionales de la santé
Réglementation des alcools (la clause 69(1)c)(i)(A))
Santé
Santé mentale
Services à la santé mentale
Services d'assistance médicale
Services d'ambulance
Services hospitaliers
Véhicules à moteur (les alinéas 84(12)a) et 84(12.01)b) et le paragraphe 301(2))
Ventes de tabac

LOIS RELEVANT DE LA COMPÉTENCE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET MISES EN APPLICATION PAR UNE COMMISSION, UN CONSEIL OU AUTRE

Loi	Organisme responsable
Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé hospitalière (article 21)	Ministère du Développement social
Sages-femmes	Conseil de l'Ordre des sages-femmes du Nouveau-Brunswick
Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé	

CORE BUSINESS AREA: PROTECTION OF THOSE MOST AT RISK

Mental Health Programs and Services

Acute and Short Term Adult Mental Health Services

Within the Regional Health Authorities, Mental Health Services provides short-term interventions to adult New Brunswickers with mental health disorders who are in distress and who need help dealing with their situation. Through community-based, multidisciplinary teams, this program provides a variety of services, depending on clients' needs. Services include screening, assessment, crisis intervention, short-term therapy, prevention, consultation and service delivery coordination. This program aims at preventing deterioration in clients' mental health state through early and short term intervention that target the problems at hand. As well, the program promotes the sharing of expertise through consultations with community resources in the region.

Requests for services vary in nature; some people may have functional difficulties because they are having problems at a certain stage in their lives, and others because they have experienced a particularly stressful event (bereavement, separation, job loss, etc.). Other clients exhibit more acute problems that often have existed for some time such as mood disorders, anxiety disorders, adjustment disorders, suicide risk, impulse-control disorders, personality disorders, relational disorders, post-traumatic response to sexual abuse, etc. Within the Acute and Short Term Adult Community Mental Health Program, a total of 23,716 services were provided in the fiscal year 2008-09. In total, 15,872 distinct individuals received services within this program.

Child and Adolescent Mental Health Services

The objective of the Community Mental Health Child and Adolescent Program is to help children and adolescents who have mental disorders or related mental health issues and to work with their parents/guardians or caregivers with a view to creating an environment conducive to their growth. Children and youth and their families access the program when their level of functioning is such that professional intervention is required. Some examples of when intervention may be necessary are conduct disorders, mood disorders, adjustment disorders, psychotic disorders, sexual abuse and related issues.

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PROTECTION DES PERSONNES LES PLUS À RISQUE

Programmes et services de santé mentale

Services d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale pour les adultes

Au sein des régies régionales de la santé, la Division des services de santé mentale du ministère offre aux Néo-Brunswickois adultes ayant des troubles mentaux des services d'intervention à court terme pour les aider à gérer leur situation. Par l'entremise d'équipes communautaires multidisciplinaires, le programme fournit toute une gamme de services selon les besoins du client. Ces services comprennent des services de dépistage, d'évaluation, d'intervention en situation de crise, des services de thérapie à court terme, des services de prévention et de consultation ainsi que la coordination de la prestation des services. Le programme vise à prévenir la détérioration de la santé mentale du client grâce à des services d'intervention immédiate et à court terme ciblant le problème pertinent. Par ailleurs, le programme favorise l'échange des connaissances par des consultations auprès des services communautaires de la région.

La nature du service demandé varie; certaines personnes ont des difficultés fonctionnelles parce qu'elles éprouvent des problèmes à un moment précis de leur vie et d'autres parce qu'elles ont vécu un événement particulièrement difficile (deuil, séparation, perte d'emploi, etc.). D'autres clients manifestent des problèmes plus graves, souvent depuis un bon moment déjà (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles d'adaptation, comportement suicidaire, troubles de contrôle impulsif, troubles de la personnalité, troubles relationnels, réaction post-traumatique aux sévices sexuels, etc.). Dans le cadre du Programme d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale pour les adultes, 23 716 services ont été dispensés au cours de 2008-2009. Au total, 15 872 personnes ont reçu des services.

Services de santé mentale pour enfants et adolescents

Le Programme de services de santé mentale pour enfants et adolescents vise à aider les enfants et les adolescents aux prises avec des troubles mentaux ou des problèmes de santé mentale et à intervenir auprès de leurs parents ou tuteurs afin de favoriser un environnement favorable à leur développement. L'enfant ou l'adolescent et sa famille accèdent au programme lorsque le fonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent est tel qu'une intervention professionnelle s'impose. Une intervention est nécessaire notamment lorsque l'enfant ou l'adolescent manifeste des troubles de comportement, des troubles de l'humeur, des problèmes d'adaptation ou des troubles psychotiques ou qu'il a subi des sévices sexuels ou des problèmes connexes.

Services provided in this program include screening, assessment, treatment and early intervention, case management, crisis intervention, and consultations for children and adolescents at risk of developing serious mental illness in adulthood. Through community-based, multidisciplinary teams, this program provides short, medium, and long-term services, depending on clients' needs. The program promotes the sharing of expertise through consultations with the departments of Education, Public Safety, and Social Development. The program also co-ordinates mental health services that are provided to children and adolescents in the regions. In the 2008-09 fiscal year, the Child and Adolescent Community Mental Health Program provided a total of 18,273 services to 7,091 children and adolescents.

Psychiatric Patient Advocate Services

The Psychiatric Patient Advocate Services Program ensures consistent approaches for in-patient psychiatric care regarding the right to admit patients for treatment on an involuntary status. The focus of the program is to address individual issues of concern while keeping in mind the best interests of the vulnerable person. The Psychiatric Patient Advocate meets with patients in order to clarify their status and their rights. The Psychiatric Patient Advocate also helps families in understanding the process and procedures when psychiatrists request that the patient be kept for treatment on an involuntary basis. Awareness and educational sessions are offered to mental health professionals and community agencies to provide a better understanding of the role of the Psychiatric Patient Advocate Office and the *Mental Health Act*. In 2008-09, a total of 1,753 cases were referred to Psychiatric Patient Advocate Services, reflecting an increase of two percent from the previous year.

Youth Treatment Program

The Provincial Youth Treatment Program provides services to youth up to the age of 18 who have a diagnosis of conduct disorder and who face difficulties in school, home and/or community settings. It is an integrated program that, in partnership with the Departments of Education, Public Safety, and Social Development, addresses youths' needs through the coordination of local and provincial resource services. These services include a clinical provincial outreach team, 13 multi-agency regional teams and the Pierre Caissie Centre. The Pierre Caissie Centre, a six-bed facility, provides assessment and evaluation with recommendations for community treatment involving families and foster parents of youths whose needs cannot be met at the regional level. During the fiscal year 2008-09, 323 youths were actively followed by the program, 21 of whom required admission to the Pierre Caissie Centre in Moncton.

Les services offerts dans le cadre de ce programme comprennent le dépistage, l'évaluation, le traitement et l'intervention précoce, la gestion de cas, l'intervention en situation de crise et des services de consultation aux enfants et aux adolescents qui risquent de développer des problèmes plus graves à l'âge adulte. Le programme, offert au moyen d'équipes communautaires multidisciplinaires, dispense des services à court, à moyen et à long terme selon les besoins du client. Le programme favorise l'échange des connaissances par des consultations auprès des ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique et du Développement social. Le programme coordonne aussi les services de santé mentale offerts aux enfants et aux adolescents dans les régions. Au cours de l'exercice 2008-2009, le programme de services de santé mentale pour enfants et adolescents a offert 18 273 services à 7 091 enfants et adolescents.

Services de défense des malades psychiatriques

Le programme Services de défense des malades psychiatriques assure l'uniformité des méthodes de soins psychiatriques pour les patients en établissement relativement au droit d'admettre les patients pour un traitement sur une base non volontaire. Le programme vise à gérer les situations des personnes tout en tenant compte du meilleur intérêt de la personne vulnérable. Le défenseur des malades psychiatriques rencontre les patients afin de préciser leur statut et leurs droits. Il aide également les familles à comprendre le procédé et les modalités lorsque les psychiatres demandent que les patients soient gardés pour un traitement sur une base non volontaire. Des séances de sensibilisation et d'éducation sont offertes aux professionnels de la santé mentale et aux organismes communautaires afin d'offrir une meilleure compréhension du rôle du bureau du défenseur des malades psychiatriques et de la *Loi sur la santé mentale*. En 2008-2009, un total de 1 753 cas ont été présentés aux Services de défense des malades psychiatriques, ce qui représente une augmentation de deux pour cent par rapport à l'année précédente.

Programme de traitement pour les jeunes

Le Programme provincial de traitement pour les jeunes offre des services aux jeunes âgés de moins de 18 ans chez qui on a décelé des troubles de comportement et qui éprouvent des difficultés à l'école, à la maison ou dans la collectivité. Ce programme intégré mené en partenariat avec les ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique et du Développement social aide les collectivités à répondre aux besoins des jeunes grâce à la coordination des services de ressources locaux et provinciaux. Ces services comprennent une équipe clinique communautaire provinciale, treize équipes multidisciplinaires régionales et le Centre Pierre-Caissie. Ce centre de six lits fournit une évaluation approfondie et des recommandations concernant une intervention communautaire auxquelles participent les familles et les parents d'accueil des jeunes dont les besoins ne peuvent être satisfaits à l'échelle régionale. Au cours de l'exercice 2008-2009, le programme a offert des services actifs à 323 jeunes dont 21 ont dû être admis au Centre Pierre-Caissie, à Moncton.

Pharmaceutical Services

The Pharmaceutical Services branch is responsible for operating and coordinating pharmaceutical policy, programs and services in the following areas: New Brunswick Prescription Drug Program; Prescription Monitoring Program; and Drug Information System (see Innovation, E-Health and Office of Sustainability).

Services pharmaceutiques

La Direction des services pharmaceutiques est responsable d'appliquer et de coordonner les politiques, les programmes et les services pharmaceutiques dans les domaines suivants : Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, Plan de surveillance pharmaceutique et Système d'information sur les médicaments (voir la section Innovation, cybersanté et Bureau de la viabilité.

NBPDP Data/Données du PMONB

	2006-07	2007-08	2008-09
Program Expenditures/Dépenses du programme	$147.8M	$152.7M	$161.9M
Number of active beneficiaries[1] Nombre de bénéficiaires actifs[1]	96,782	95,466	95,150
Average number of prescriptions per beneficiary/ Nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire	29.1	31.1	33.7
Average paid per beneficiary/Moyenne payée par bénéficiaire	$1,488	$1,552	$1,651
Average paid per prescription/Moyenne payée par ordonnance	$51.12	$49.88	$49.05

[1] An active beneficiary is an individual who received drug benefits during the reporting periods./Un bénéficiaire actif est une personne qui a reçu des médicaments prévus par le Plan de médicaments sur ordonnance pendant les périodes de rapport.

New Brunswick Prescription Drug Program

The mission of the New Brunswick Prescription Drug Program (NBPDP) is to maintain and improve the health of New Brunswickers by promoting optimal drug therapy and by developing and managing programs for eligible residents which provide assistance with the cost of drugs.

Prescription drug coverage is provided to the following beneficiary groups:

1. New Brunswick residents age 65 and older who receive the Guaranteed Income Supplement, or who qualify for coverage based on annual income
2. Nursing home residents
3. Clients of the Department of Social Development who hold a health card for prescription drug coverage. They include:
   - recipients of financial assistance
   - individuals eligible for a health card only
   - adults living in a residential facility
   - children in care of the Minister of Social Development
4. Persons registered with the NBPDP and deemed eligible for drug coverage who have/are:
   - cystic fibrosis
   - human growth hormone deficiency
   - multiple sclerosis
   - organ transplant recipients
   - HIV-positive

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) a pour but de maintenir et d'améliorer la santé des Néo-Brunswickois en encourageant l'adoption d'une pharmacothérapie optimale et en élaborant et en gérant des programmes qui s'adressent aux Néo-Brunswickois admissibles et contribuent au remboursement du coût des médicaments.

Le plan offre des médicaments sur ordonnance aux groupes de bénéficiaires suivants :

1. Les résidents du Nouveau-Brunswick âgés de 65 ans et plus qui reçoivent le Supplément de revenu garanti ou qui sont admissibles à des prestations en raison de leur revenu annuel.
2. Les résidents des foyers de soins.
3. Les bénéficiaires du ministère du Développement social qui détiennent une carte d'assistance médicale pour médicaments sur ordonnance, notamment :
   - les bénéficiaires d'aide financière;
   - les personnes admissibles à la carte d'assistance médicale seulement;
   - les adultes demeurant dans un établissement résidentiel;
   - les enfants pris en charge par le ministre du Développement social.
4. Les personnes inscrites au PMONB et jugées admissibles aux prestations du PMONB qui :
   - sont atteintes de fibrose kystique;
   - souffrent d'une insuffisance de l'hormone de croissance;
   - souffrent de sclérose en plaques;
   - reçoivent une greffe d'organe;
   - sont séropositives.

Information regarding program eligibility criteria and drug benefits may be found on the NBPDP webpage at www.gnb.ca/health.

All drugs considered for benefit status are subject to a standard review process. The NBPDP receives formulary listing recommendations from the national Common Drug Review (CDR); the Atlantic Common Drug Review, which reviews drugs that do not fall under the CDR mandate; and the interim Joint Oncology Drug Review (JODR). Drugs eligible for reimbursement under the Program are listed in the NBPDP Formulary.

During 2008-09, the NBPDP incurred expenses of $161.9 million, of which $157.1 million (97.1 per cent) were drug costs and $4.7 million (2.9 per cent) were administrative costs.

Prescription Monitoring Program

The department continued work toward establishing a Prescription Monitoring Program (PMP). In 2008-2009, the technology solution to enable the PMP was completed. Additional emphasis was placed on the development of a legislative Act and Regulations, operational aspects such as the development of policies, procedures, outcome measures and reporting.

The PMP will provide information to assist in patient care decision-making, promote optimal prescribing and utilization of monitored drugs, assist in the early identification of patients at risk for addiction, and reduce the abuse and misuse of monitored drugs. The Program will initially focus on narcotic and controlled drugs dispensed by community pharmacies. Pharmacists and prescribers will be able to view a patient's history of narcotics and controlled drugs in real-time prior to prescribing and dispensing a prescription for a monitored drug.

L'information concernant les critères d'admissibilité et les prestations du plan est affichée sur la page Web du PMONB à l'adresse : www.gnb.ca/santé

Tous les médicaments considérés pour l'admissibilité font l'objet d'un examen standard. Le PMONB reçoit la liste des recommandations formulées par le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) national, le Programme commun d'évaluation des médicaments de l'Atlantique qui examine les médicaments qui ne relèvent pas du mandat du PCEM national et le Programme commun d'évaluation des médicaments anticancéreux. Les médicaments dont le coût peut être remboursé par le programme sont indiqués dans le formulaire du PMONB.

En 2008-2009, les dépenses du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick se sont chiffrées à 161,9 millions de dollars, dont 157,1 millions (97,1 pour cent) ont servi à couvrir le coût des médicaments et 4,7 millions (2,9 pour cent), les frais administratifs.

Programme de surveillance pharmaceutique

Le ministère a poursuivi le travail en vue d'établir un Programme de surveillance pharmaceutique (PSP). En 2008-2009, la solution technologique permettant le lancement du PSP a été mise au point. On a mis plus d'accent sur l'élaboration d'une loi et des règlements et sur les aspects opérationnels tels que l'établissement de politiques, de procédures et de mesures des résultats ainsi que la présentation de rapports.

Le PSP offrira de l'information pour aider la prise de décisions en matière de soins aux patients, favoriser la meilleure prescription et l'utilisation de médicaments surveillés, permettre la désignation précoce de patients qui sont à risque de développer une dépendance et réduire la consommation abusive et le mauvais usage de médicaments surveillés. Le PSP se concentrera initialement sur les stupéfiants et les médicaments réglementés donnés par des pharmacies communautaires. Les pharmaciens et les médecins prescripteurs pourront consulter l'historique du patient en matière de consommation de narcotiques et de médicaments réglementés en temps réel avant de prescrire et d'exécuter une ordonnance pour un médicament surveillé.

CORE BUSINESS AREA: PREVENTION / EDUCATION / AWARENESS

Public Health

The mission of Public Health is to promote, maintain and protect the health of the people of New Brunswick.

The Office of the Chief Medical Officer of Health (OCMOH) is responsible for the overall direction of public health in the province and works collaboratively with Public Health in the Regional Health Authorities.

Public Health Programs and Services

Public Health programs and services are provided by the department as well as the Regional Health Authorities. The programs and services fall under the following three areas: 1) communicable disease: prevention, management and control; 2) health protection, and 3) promotion of healthy lifestyles / healthy families.

Communicable Disease: Prevention, Management and Control

A number of the department's protection and prevention services help New Brunswickers maintain their health and well-being by avoiding communicable diseases.

Immunization Program

The department provides immunization against a range of vaccine preventable diseases. Immunization programs have proven effective in reducing the incidence of vaccine preventable communicable diseases. Routine childhood and adult vaccines are provided without charge to clients and are provided by Public Health nurses through pediatric immunization clinics, school clinics and by family doctors. During the 2008-2009 school year the department introduced an HPV vaccine for girls in grade 7 and for one year only girls in grade 8.

New Brunswickers at high risk of complications from influenza and invasive pneumococcal disaease are eligible for publicly-funded immunization against these diseases. These vaccines are predominantly physician-delivered with VON providing some influenza vaccine to infants and seniors. During 2008-09, approximately 178,410 doses of flu vaccine and 13,906 doses of pneumococcal vaccine were distributed for immunization of the identified high-risk groups. These numbers approximate the doses distributed over the previous two years.

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRÉVENTION, ÉDUCATION ET SENSIBILISATION

Santé publique

La Santé publique a pour mission de promouvoir, de préserver et de protéger la santé de la population du Nouveau-Brunswick.

Le Bureau du médecin hygiéniste en chef voit à l'orientation générale de la santé publique dans la province et travaille en collaboration avec la Santé publique dans les régies régionales de la santé.

Programmes et services de santé publique

Les programmes et les services de santé publique sont offerts par le ministère et les régies régionales de la santé. Ils touchent aux trois domaines suivants : 1) prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles, 2) protection de la santé et 3) promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains.

Prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles

Un certain nombre de services de protection et de prévention du ministère aident les gens du Nouveau-Brunswick à préserver leur santé et leur mieux-être en évitant de contracter des maladies transmissibles.

Programme d'immunisation

Le ministère offre des vaccinations contre toute une gamme de maladies évitables par la vaccination. Les programmes de vaccination se sont avérés efficaces pour réduire l'incidence de certaines maladies transmissibles. Les vaccins habituels destinés aux enfants et aux adultes sont gratuits pour les clients. Ils sont administrés par les infirmières en Santé publique lors de cliniques d'immunisation infantile, de séances de vaccination en milieu scolaire et par les médecins de famille. Durant l'année scolaire 2008-2009, le ministère a offert un vaccin VPH aux filles de la 7e année et celles de la 8e année pendant une année seulement.

Les Néo-Brunswickois qui risquent grandement d'avoir des complications de la grippe et une maladie pneumococcique invasive sont admissibles au programme d'immunisation public contre ces maladies. Ces vaccins sont surtout administrés par les médecins, les infirmières de l'Ordre de Victoria fournissant certains vaccins contre la grippe aux bébés et aux personnes âgées. En 2008-2009, près de 178 410 doses de vaccin antigrippal et de 13 906 doses de vaccin contre le pneumocoque ont été distribuées pour immuniser les groupes à risque élevé désignés. Ces statistiques sont comparables aux doses distribuées au cours des deux années précédentes.

Surveillance Data: Vaccine-preventable disease

Tables A-1 and A-2 illustrate the incidence of selected vaccine-preventable diseases that are reported in New Brunswick.

In 2008, there were no cases of mumps in New Brunswick. In early to fall 2007, there was a large mumps outbreak in New Brunswick. There were a total of 124 cases most of which were young adult's between 19-29 years old (average age 25 years). There was a concurrent increase in mumps activity in surrounding provinces including a large outbreak in Nova Scotia. Public Health interventions included: alerting public and health care providers; a mumps vaccine campaign targeting health care providers, 18-24 year olds, post-secondary students, and a Grade 12 catch-up; enhanced surveillance and active follow-up of cases and their contacts.

The pertussis rate continues to decline due in part to the cyclic nature of the disease and to ongoing adolescent immunization protection that commenced in 2004.

Table A-1 Vaccine Preventable Diseases Reported in New Brunswick, 2004-2008

Crude Incidence Rate Per 100,000 Population

Disease	2004	2005	2006	2007	2008
Measles	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
Mumps	0.0	0.0	0.0	16.5	0.1
Pertussis	42.6	6.6	3.6	3.1	3.1
Rubella	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hepatitis B	4.0	2.7	3.3	4.8	3.8
(Acute)	0.9	0.8	2.8	1.1	0.5
(Carrier)	2.5	3.1	0.5	3.7	3.3
Diphtheria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tetanus	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Polio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae type b	0.3	0.0	0.1	0.0	0.0

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit.
Note: the denominator use to calculate the 2008 rates are the 2008 preliminary postcensual population estimates by Statistics Canada which is based on 2006 census data.

Données de surveillance : Maladies évitables par la vaccination

Les tableaux A-1 et A-2 illustrent l'incidence de certaines maladies évitables par la vaccination qui sont déclarées au Nouveau-Brunswick.

En 2008, aucun cas d'oreillons n'a été signalé au Nouveau-Brunswick. Du début de 2007 jusqu'à l'automne, le Nouveau-Brunswick a connu une importante éclosion d'oreillons. On a dénombré au total 124 cas, dont la plupart concernait des jeunes adultes âgés de 19 à 29 ans (âge moyen de 25 ans). On a observé une recrudescence concordante de l'activité du virus des oreillons dans les provinces avoisinantes, notamment une éclosion importante en Nouvelle-Écosse. Les interventions en Santé publique incluaient les initiatives suivantes : alerter le public et les fournisseurs de soins de santé, une campagne de vaccination contre les oreillons ciblant les fournisseurs de soins de santé, les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans, les élèves du niveau postsecondaire et les élèves de la 12e année dans le cadre d'un programme d'immunisation de rattrapage, une surveillance accrue et un suivi actif des cas et des sujets contacts.

La diminution continue de la coqueluche est attribuable, en partie, à la nature cyclique de la maladie et à l'immunité accrue chez la population adolescente depuis 2004.

Tableau A-1 Maladies évitables par la vaccination signalées au Nouveau-Brunswick, 2004 à 2008

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Maladie	2004	2005	2006	2007	2008
Rougeole	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Oreillons	0,0	0,0	0,0	16,5	0,1
Coqueluche	42,6	6,6	3,6	3,1	3,1
Rubéole	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hépatite B	4,0	2,7	3,3	4,8	3,8
(Aiguë)	0,9	0,8	2,8	1,1	0,5
(Porteur)	2,5	3,1	0,5	3,7	3,3
Diphtérie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tétanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Polio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
H. influenzae type b	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0

Source : Bureau du MHC, Unité du contrôle des maladies transmissibles.
Nota : Le dénominateur utilisé pour calculer les taux de 2008 sont les estimations démographiques postcensitaires de 2008 de Statistique Canada basées sur les données de recensement de 2006.

Table A-2 Vaccine Preventable Diseases Reported in New Bruswick, 2008/
Tableau A-2 Maladies évitables par la vaccination signalées au Nouveau-Brunswick, 2008

Actual Numbers / Chiffres réels	*Zones*							
Disease / Maladie	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Provincial Total/ Total provincial**
Measles/Rougeole	0	0	0	0	0	0	0	0
Mumps/Oreillons	0	0	1	0	0	0	0	1
Pertussis/Coqueluche	21	0	0	2	0	0	0	23
Rubella/Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B/Hépatite B	13	1	11	1	0	3	0	29
(Acute/aiguë)	2	1	1	0	0	0	0	8
(Carrier/porteur)	11	0	10	1	0	3	0	25
Diphtheria/Diphtérie	0	0	0	0	0	0	0	0
Tetanus/Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0
Polio	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae type b	0	0	0	0	0	0	0	0

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit. /Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles.

Pandemic Influenza Planning

Public Health continues to work collaboratively with other department sectors, Regional Health Authorities and other stakeholders to develop plans in preparation for a pandemic at the local level (for more information, see Health Emergency Management Services section of this report). Public Health remains responsible for the procurement and distribution of antiviral medications and will oversee the capturing of surveillance data related to the pandemic. Public Health continues to work closely with federal/ provincial/territorial colleagues across the country to ensure informed practices are considered in the New Brunswick plans.

HIV Testing Programs

The Department of Health is committed to providing education, counselling and testing services for people potentially infected with HIV and other bloodborne and sexually transmitted infections in the province. The goal is to reduce the incidence rate of HIV and other bloodborne infections through education and counselling, to facilitate early detection and access to treatment for individuals infected with HIV and other bloodborne infections, and to build partnerships to enhance effectiveness in minimizing HIV and other bloodborne pathogen incidence and morbidity.

The department continues to partner with community groups such as AIDS New Brunswick, AIDS Saint John, SIDA/AIDS Moncton and Healing Our Nations.

Regional Public Health staff deliver the HIV Testing Program in the community and in federal and provincial correctional facilities in New Brunswick. Testing and counselling are provided to individuals and inmates requesting HIV testing. HIV testing options include anonymous, non-nominal and nominal. Education is provided to community groups and to inmates in federal facilities.

Planification en cas de pandémie d'influenza

La Santé publique travaille en collaboration avec d'autres secteurs du ministère, les régies régionales de la santé et d'autres intervenants pour élaborer des plans en cas d'une pandémie à l'échelle locale (se reporter à la section Services de gestion des interventions d'urgence). La Santé publique est chargée de l'achat et de la distribution des médicaments antiviraux. Elle supervisera la saisie des données de surveillance ayant trait à la pandémie. Elle continue de collaborer étroitement avec ses homologues fédéraux, provinciaux et territoriaux afin de s'assurer que les plans du Nouveau-Brunswick tiennent compte des pratiques reposant sur des renseignements appropriés.

Programmes de dépistage du VIH

Le ministère de la Santé s'est engagé à offrir des services d'éducation, de counseling et de dépistage pour prévenir la propagation du VIH et du sida ainsi que les autres maladies transmissibles par le sang et infections transmises sexuellement dans la province. L'objectif est de diminuer le taux d'incidence du VIH et des autres infections transmissibles par le sang par le biais de services d'éducation et de counseling, de faciliter le dépistage précoce et l'accès au traitement pour les personnes atteintes du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang et d'établir des partenariats pour accroître l'efficacité de la minimisation de l'incidence et de la morbidité du VIH et d'autres agents pathogènes transmissibles par le sang.

Le ministère continue de collaborer avec des groupes communautaires comme SIDA Nouveau-Brunswick, AIDS Saint John, SIDA/AIDS Moncton et Healing Our Nations.

Le personnel régional de la Santé publique offre des programmes de dépistage du VIH dans la collectivité ainsi que dans les établissements correctionnels provinciaux et fédéraux au Nouveau-Brunswick. Le dépistage et le counseling sont offerts aux personnes et aux détenus présentant une demande de dépistage du VIH. Les types de dépistage du VIH offerts sont les suivants : anonyme, non nominal et nominal. La formation est offerte aux groupes communautaires et aux détenus dans les établissements correctionnels fédéraux.

In 2008-09, there were 944 individuals in the community who received testing and/or counselling services for HIV and other bloodborne infections through the Public Health HIV Testing Program. This is a small decrease from 959 people who accessed these services in 2007-08.

In provincial correctional facilities, 359 inmates received testing and/or counselling services while in federal correctional institutions, 53 inmates received testing and/or counselling services for HIV and other bloodborne infections. These numbers represent an increase from the 262 inmates in provincial institutions and 29, in federal correctional facilities who sought counseling, education and testing in 2007-08.

The department also partners with community members and organizations interested in developing needle exchange programs to reduce the risk of contracting bloodborne infections like HIV and Hepatitis C. The department provides needles, syringes and condoms for the established community-based needle exchange programs in Saint John, Fredericton and Moncton.

The Sexually Transmitted Infections (STI) Information Line (1-866-STI-1010) provides free, confidential health advice on STIs and other bloodborne infections including HIV/AIDS and diseases such as Hepatitis C. New Brunswickers have access to a bilingual registered nurse, 24 hours a day, seven days a week. In 2008-09, the STI Info line responded to 454 calls for advice, information and referral.

Surveillance Data: Sexually Transmitted Infections and Bloodborne Diseases

Sexually transmitted infections (STI) and their serious consequences can be reduced through education, early detection, treatment and contact follow-up. Through the Public Health Communicable Disease Programs, the department provides information on sexual health and prevention of sexually transmitted infections. When such diseases are reported to the department, Public Health staff ensures that follow-up and contact tracing is carried out.

Tables A-3 and A-4 illustrate the trend is gradually increasing in some areas, but this is not unique to New Brunswick as most of these rates are below or comparable to the national rates.

En 2008-2009, 944 personnes ont reçu des services de counseling et de dépistage du VIH ainsi que pour d'autres infections transmissibles par le sang grâce au programme de dépistage du VIH de la Santé publique. Il s'agit d'une légère diminution par rapport aux 959 personnes qui y ont eu accès en 2007-2008.

Dans les établissements correctionnels provinciaux, 359 détenus ont reçu des services de dépistage ou de counseling tandis que dans les établissements correctionnels fédéraux, 53 détenus ont reçu des services de dépistage ou de counseling pour le VIH et d'autres infections transmissibles par le sang. Ces chiffres représentent une hausse par rapport aux 262 détenus dans les établissements provinciaux et aux 29 détenus dans les établissements correctionnels fédéraux ayant demandé des services de counseling, d'éducation et de dépistage en 2007-2008.

Le ministère crée aussi des partenariats avec les membres de la collectivité et les organismes intéressés à mettre sur pied des programmes d'échange de seringues afin de réduire les risques de contracter des infections transmissibles par le sang comme le VIH et l'hépatite C. Le ministère fournit des aiguilles, des seringues et des condoms grâce aux programmes communautaires d'échange de seringues, à Saint John, à Fredericton et à Moncton.

La ligne sans frais sur les infections transmises sexuellement (ITS) (1 866 784-1010) permet d'obtenir des conseils de santé gratuits et confidentiels sur les ITS et d'autres infections transmissibles par le sang, y compris le VIH et le sida ainsi que les maladies comme l'hépatite C. La population du Nouveau-Brunswick peut communiquer avec une infirmière immatriculée bilingue, 24 heures sur 24, sept jours par semaine. En 2008-2009, la ligne d'information sur les ITS a répondu à 454 appels pour obtenir des conseils, de l'information et un service d'aiguillage.

Données de surveillance : Infections transmises sexuellement et par le sang

L'éducation, la détection précoce, le traitement et le suivi de tous les sujets contacts peuvent contribuer à diminuer les infections transmises sexuellement (ITS) et leurs conséquences graves. Par l'entremise de ses programmes de lutte contre les maladies transmissibles de la Santé publique, le ministère fournit de l'information sur la santé sexuelle et sur la prévention des infections transmises sexuellement. Lorsque de telles maladies sont signalées au ministère, le personnel de la Santé publique s'assure que la recherche de contacts est effectuée.

Les tableaux A-3 et A-4 démontrent que la tendance augmente graduellement sans toutefois être unique au Nouveau-Brunswick puisque la plupart de ces tendances sont inférieures ou comparables aux taux nationaux.

Table A-3 Sexually Transmitted Infections/ Bloodborne Pathogens Reported in New Brunswick, 2004-2008

Crude Incidence Rate Per 100,000 Population

Infection	2004	2005	2006	2007	2008
Genital Chlamydia	181.1	199.2	179.3	166.7	185.9
Gonorrhea	2.0	3.1	4.8	6.3	4.7
Genital Herpes	42.1	48.0	48.6	49.7	53.5
Syphilis - All	1.5	0.8	0.8	1.5	1.5
(Early symptomatic)	0.5	0.1	0.4	0.5	0.4
HIV	1.1	0.9	1.7	1.1	1.5
AIDS	0.3	0.8	0.1	0.5	0.1

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit.
Note: the denominator use to calculate the 2008 rates are the 2008 preliminary postcensual population estimates by Statistics Canada which is based on 2006 census data.

Tableau A-3 Infections transmises sexuellement ou pathogènes transmissibles par le sang signalées au Nouveau-Brunswick, 2004 à 2008

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Infection	2004	2005	2006	2007	2008
Chlamydiose génitale	181,1	199,2	179,3	166,7	185,9
Gonorrhée	2,0	3,1	4,8	6,3	4,7
Herpès génital	42,1	48,0	48,6	49,7	53,5
Syphilis — Tout	1,5	0,8	0,8	1,5	1,5
(symptomatique précoce)	0,5	0,1	0,4	0,5	0,4
VIH	1,1	0,9	1,7	1,1	1,5
SIDA	0,3	0,8	0,1	0,5	0,1

Source : Bureau du MHC, Unité du contrôle des maladies transmissibles.
Nota : Le dénominateur utilisé pour calculer les taux de 2008 sont les estimations démographiques postcensitaires de Statistique Canada de 2008 basées sur les données de recensement de 2006.

Table A-4 Sexually Transmitted Infections/Bloodborne Pathogens Reported in New Brunswick, 2008/ Tableau A-4 Infections transmises sexuellement ou pathogènes transmissibles par le sang signalées au Nouveau-Brunswick, 2008

	Zones							
Infection	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Provincial Total/ Total provincial**
Genital Chlamydia/Chlamydiose génitale	455	277	437	34	33	82	71	1 389
Gonorrhea/Gonorrhée	10	18	4	1	1	1	0	35
Genital Herpes/Herpès génital	129	72	124	19	7	38	11	400
Syphilis – All/Tout	4	2	3	0	1	0	1	11
(Early symptomatic)/(symptomatique précoce)	2	1	0	0	0	0	0	3
HIV/VIH	4	3	3	0	0	1	0	11
AIDS/SIDA	0	0	0	0	1	0	0	1

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit./Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles.

Vectorborne and Zoonotic Diseases

There are two emerging zoonotic diseases of concern for New Brunswick: rabies and the mosquito-borne West Nile virus.

Rabies

In fiscal 2008-09, the department chaired the New Brunswick Rabies Working Group and coordinated the implementation of a management plan for rabies surveillance, control and prevention.

In response to raccoon variant rabies in the State of Maine, New Brunswick Department of Health implemented an oral rabies vaccination (ORV) program. ORV is a cost-effective method of

Maladies transmises par des vecteurs et autres zoonoses

Il existe deux nouvelles zoonoses préoccupantes au Nouveau-Brunswick, à savoir la rage et le virus du Nil occidental à transmission vectorielle.

Rage

Au cours de l'exercice 2008-2009, le ministère a présidé le Groupe de travail du Nouveau-Brunswick sur la rage et a coordonné la mise en œuvre d'un plan de gestion en vue de la surveillance, du contrôle et de la prévention de la rage.

En réponse à la variante de la rage associée au raton laveur dans l'état du Maine, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick a mis en œuvre un programme antirabique par voie orale. Ce programme est une méthode peu coûteuse

immunizing wild animals over a large area. Edible baits, containing an oral rabies vaccine were placed in areas for raccoons and skunks to eat. Raccoons and skunks become immunized by eating the bait. An adenovirus–rabies glycoprotein recombinant oral rabies vaccine (ONRAB®) in ultra-lite baits was used.

Oral rabies vaccination occurred from Woodstock to Forest City and from McAdam to St. Stephen; and extended five to ten kilometers from the border with Maine. In rural areas baits were distributed by airplanes flying about 200 meters above ground. Approximately 90,070 baits were applied in aerial distribution. In urban areas baits will be distributed by a person in the villages of McAdam, and the towns of St. Stephen and Woodstock. Approximately 10,553 baits were applied in ground distribution.

Six weeks after placement of oral rabies vaccines in the areas, post bait surveillance occurred to assess the effectiveness of oral rabies vaccine. For this raccoons and striped skunks were live trapped, anaesthetized, and blood and tooth samples taken. A total of 74 individual raccoons and 38 individual skunks were captured, sampled and released. There were no cases of the raccoon strain of rabies detected during 2008-09. The last reported case of rabies was in May 2002.

The department had an extensive rabies education and awareness campaign, including a focus on the oral rabies vaccination program, with pamphlets, direct mail outs, radio and newspaper advertisements. The toll-free Rabies Information Line handled 1,013 calls from persons seeking information on rabies and potential exposures (compared to 779 calls in fiscal 2007-08).

West Nile Virus

In fiscal 2008-09, the department chaired the interdepartmental New Brunswick West Nile Virus Committee and continued to revise and update the management plan for surveillance, prevention and control of the West Nile Virus as new information evolved. Surveillance for West Nile focused on testing clusters of wild birds instead of individual birds.

The department continued the West Nile virus education and awareness campaign with pamphlets and newspaper advertisements. The toll-free West Nile Virus and Avian Influenza Information Line handled 1,866 calls from persons seeking general information or to report sightings of dead birds, compared to 1,122 calls in fiscal 2007-08.

As part of provincial West Nile virus surveillance clusters of dead birds of the target species (members of the crow family) were investigated and suitable carcasses submitted for West Nile virus testing. A total of 55 birds were tested as part of cluster investigation; as compared to 252 individual birds tested in fiscal 2007-08. As in the previous year, West Nile virus was not detected in any birds in New Brunswick in 2008

d'immuniser les animaux sauvages sur une grande surface. Des appâts comestibles, renfermant un vaccin antirabique par voie orale, ont été placés dans des endroits où les ratons laveurs et mouffettes vont manger. Les ratons laveurs et les mouffettes deviennent immunisés en mangeant l'appât. Un vaccin d'adénovirus antirabique glycoprotéique recombinant oral (ONRAB®) en appâts Ultra-Lite a été utilisé.

La vaccination antirabique par voie orale a eu lieu à partir de Woodstock jusqu'à Forest City et à partir de McAdam jusqu'à St. Stephen et s'étend à cinq ou dix kilomètres de la frontière avec le Maine. Dans les régions rurales, les appâts ont été distribués par avions qui volaient à 200 mètres environ au-dessus du sol. Près de 90 070 appâts ont été distribués par voie aérienne. Dans les régions urbaines, les appâts seront distribués par une personne dans les villages de McAdam et les villes de St. Stephen et de Woodstock. Environ 10 553 appâts ont été distribués par voie terrestre.

Six semaines après le placement des vaccins antirabiques par voie orale dans les régions, une surveillance postappât a eu lieu afin d'évaluer l'efficacité du vaccin antirabique par voie orale. Pour ce faire, les ratons laveurs et les mouffettes ont été piégés vivants et anesthésiés, et des prélèvements sanguins et dentaires ont été effectués. Au total, 74 ratons laveurs et 38 mouffettes ont été capturés, soumis à un prélèvement et remis en liberté. Aucun cas de souche virale du raton laveur n'a été détecté en 2008-2009. Le dernier cas de rage signalé était en mai 2002.

Le ministère a mené une vaste campagne d'information et de sensibilisation contre la rage, notamment en mettant l'accent sur le programme de vaccination antirabique par voie orale, avec des brochures, des envois postaux directs, des annonces à la radio et dans les journaux. La ligne d'information sans frais contre la rage a reçu 1 013 appels de personnes demandant des renseignements sur la rage et les expositions possibles (comparativement à 779 appels au cours de l'exercice 2007-2008).

Virus du Nil occidental

Durant l'exercice 2008-2009, le ministère a présidé le Comité interministériel du Nouveau-Brunswick sur le virus du Nil occidental et a continué de réviser et de mettre à jour un plan de gestion de surveillance, de prévention et de contrôle du virus au fur et à mesure que de nouvelles données devenaient disponibles. La surveillance du virus du Nil occidental consistait principalement à faire l'analyse d'oiseaux sauvages en groupe au lieu d'oiseaux individuels.

Le ministère a poursuivi sa campagne de sensibilisation et d'information concernant le virus du Nil occidental à l'aide de brochures ainsi que d'annonces dans les journaux. La ligne d'information sans frais sur le virus du Nil occidental et de l'influenza aviaire a reçu 1 866 appels de personnes demandant de l'information générale ou désirant signaler la présence d'oiseaux morts comparativement à 1 122 au cours de l'exercice 2007-2008.

Dans le cadre du Plan provincial de surveillance du virus du Nil occidental, des groupes d'oiseaux morts d'espèces ciblées (appartenant à la famille des corvidés) ont été examinés et des carcasses propices ont été soumises pour un dépistage du virus du Nil occidental. Un total de 55 oiseaux ont été analysés dans le cadre de l'examen de groupe, comparativement à 252 oiseaux individuels analysés en 2007-2008. Tout comme l'année précédente, le virus du Nil occidental n'a pas été

and has only been detected once in six birds in New Brunswick, during the summer of 2003.

West Nile virus activity was not detected in any New Brunswick residents during fiscal 2008-09.

Health Protection Programs

Health Protection Programs under the Office of the Chief Medical Officer of Health include: food safety (including food service establishments, fish buyers and agri food services), water quality, community sanitation, institutional health, communicable disease control, *Smoke-free Places Act* enforcement and health promotion.

The delivery of the department's inspection programs is based on risk assessment factors which have an impact on reducing the incidence of illness within New Brunswick. These programs aim at maintaining a healthy environment and at preventing communicable diseases by carrying out inspection, enforcement, licensing and monitoring activities.

Activities carried out for each of the Health Protection Programs in 2008-09 are described below.

Food Safety

Food Service Establishment Licensing

Food service establishments in New Brunswick, including bakeries, eating establishments, catering kitchens, mobile canteens institutional food service establishments, vending machines, and seasonal food service establishments, must be licensed to operate. A condition of licensing requires that each establishment be inspected by a public health inspector who is responsible to enforce requirements of the *Health Act* for the operation of food service establishments.

The frequency of inspection is established using a risk categorization that considers the types of foods served at the establishment, food handling methods, equipment, maintenance of the establishment, food safety training of staff, food safety management programs, compliance history and the population served. Establishments are categorized as high, medium or low risk with a corresponding frequency of three, two or one inspections per year, respectively.

In 2008-09, 2,936 licenses were issued to New Brunswick food service establishments. Public health inspectors conducted 6,500 inspections of licensed establishments and conducted 169 inspections of unlicensed, temporary or special event food vendors. In addition to inspection activities, public health inspectors trained 1,963 food handlers in food safety training programs as part of ongoing health promotion activities. The Department of Health recognizes the importance of health education as a means of decreasing the incidence of foodborne illness. In 2008-09, there was a 24 per cent increase in numbers of food handlers trained in food safety (1,963) as

détecté dans les oiseaux au Nouveau-Brunswick en 2008 et il n'a été détecté qu'une fois dans six oiseaux au Nouveau-Brunswick au cours de l'été 2003.

Aucune activité du virus du Nil occidental n'a été détectée chez les résidents du Nouveau-Brunswick au cours de l'exercice 2008-2009.

Programmes de protection de la santé

Les programmes de protection de la santé suivants relèvent du Bureau du médecin hygiéniste en chef : salubrité des aliments (y compris les établissements de restauration, les acheteurs de poisson et les services agroalimentaires), qualité de l'eau, hygiène communautaire, santé en établissement, surveillance des maladies transmissibles, application de la *Loi sur les endroits sans fumée* et promotion de la santé.

L'exécution des programmes d'inspection du ministère est fondée sur les facteurs d'évaluation des risques qui ont des effets sur la réduction de l'incidence de la maladie au Nouveau-Brunswick. Ces programmes visent à maintenir un environnement sain et à prévenir les maladies transmissibles en effectuant les activités liées à l'inspection, à l'application, à l'attribution de permis et à la surveillance.

Voici une description des activités entreprises en 2008-2009 pour chaque programme de protection de la santé.

Salubrité des aliments

Délivrance de permis d'exploitation d'un établissement de restauration

Les établissements de restauration au Nouveau-Brunswick, notamment les pâtisseries, restaurants, services de traiteur, cantines mobiles, services alimentaires d'établissement, distributeurs automatiques et établissements saisonniers, doivent obtenir un permis d'exploitation. Une condition du permis précise que chaque établissement doit être inspecté par un inspecteur de la Santé publique qui est chargé d'appliquer les dispositions de la *Loi sur la santé* relatives à l'exploitation des établissements de restauration.

La fréquence des inspections est établie selon un classement des risques qui tient compte des types d'aliments servis dans l'établissement, des méthodes de manipulation des aliments, de l'équipement et de l'entretien de l'établissement, de la formation du personnel relative à la salubrité des aliments, des programmes de gestion de la salubrité des aliments, du dossier de conformité et de la population servie. Les établissements sont classés à risque élevé, moyen ou faible avec une fréquence correspondante de trois, deux ou une inspection par année, respectivement.

En 2008-2009, 2 936 permis ont été délivrés à des établissements de restauration au Nouveau-Brunswick. Les inspecteurs de la Santé publique ont effectué 6 500 inspections d'établissements titulaires d'un permis et 169 inspections de fournisseurs de produits alimentaires à des événements spéciaux ou temporaires non visés par un permis. Les inspecteurs de la Santé publique ont aussi formé 1 963 manipulateurs d'aliments dans le cadre de programmes de formation en salubrité des aliments faisant partie des activités continues de promotion de la santé. Le ministère de la Santé reconnaît l'importance de l'éducation en matière de santé comme moyen de diminuer l'incidence des maladies d'origine alimentaire. En 2008-2009, il y a eu une hausse de

compared to 2007-08 (1,587). This was due, in part, to the dedicated efforts of the Health Protection Branch to expand the number of food handlers educated in the basics of food safety.

24 pour cent dans le nombre de manipulateurs d'aliments dans le cadre de la formation en salubrité des aliments (1 963) comparativement à 2007-2008 (1 587). Cette hausse est en partie attribuable aux efforts de la Direction générale de la protection de la santé visant à augmenter le nombre de manipulateurs des aliments formés aux rudiments de la salubrité des aliments.

Number of food service establishment inspections/Nombre d'inspections d'établissements de restauration

	2007-08	2008-09
High/Élevé	1,374*	943
Medium/Moyen	3,831	4,010
Low/Faible	836	632
Total	**6,041**	**5,585**
Licenses Issued/Nombre de permis délivrés	2,944	2,936
Licences revoked/Nombre de permis révoqués	10	**21
Food handlers trained/Nombre de manipulateurs d'aliments formés	1,587	1,963

* The Health Protection Branch introduced a new method of Risk Assessment categorization for foodservice establishments in 2007-08. Establishments who fall under the high risk category are inspected more frequently than those in the other categories. Some foodservice establishments may have been moved from one category to another due to a number of factors such as type of foods served, vulnerable population served, number of persons served, and inspection history for example./* La Direction générale de la protection de la santé a adopté une nouvelle méthode de catégorisation de l'évaluation des risques pour les établissements de restauration en 2007-2008. Les établissements dans la catégorie de risque élevé sont inspectés plus souvent que ceux dans les autres catégories. Certains établissements de restauration ont pu passer d'une catégorie à une autre en raison de plusieurs facteurs, notamment le genre d'aliment servi, la population vulnérable servie, le nombre de personnes servies et les antécédents en matière d'inspection.

** The number of licence revocations significantly increased in 2008-2009 from the previous year. This may be attributed to the use of the new provincial inspection policy that was implemented to attain consistency and compliance with food service establishment inspections in New Brunswick./** Le nombre de révocations de permis a augmenté de façon considérable en 2008-2009 par rapport à l'année précédente. Cela peut être attribuable à l'utilisation de la nouvelle politique d'inspection provinciale mise en œuvre pour atteindre la concordance et la conformité avec les inspections des établissements de restauration au Nouveau-Brunswick.

Agri-Food Services

1. Raw Milk Quality Program

Inspection staff, in conjunction with the Provincial Dairy Laboratory, provided the Raw Milk Quality Control Program for the dairy producers in the province. Dairy Producers continue to demonstrate a high degree of compliance with raw milk quality standards.

Raw Milk Sampling	2007-08	2008-09
Number of raw milk samples tested	3,009	3,134
Compliance:		
Bacteria Counts	97.87%	98.28%
Somatic Cell Count	97.67%	96.94%
Added Water	99.90%	99.79%
Number of inhibitor infractions	3	3

Services agroalimentaires

1. Programme de contrôle de la qualité du lait cru

Le personnel d'inspection, en collaboration avec le laboratoire provincial des produits laitiers, a offert le Programme de contrôle de la qualité du lait cru aux producteurs laitiers de la province. Les producteurs laitiers continuent d'afficher un degré élevé de conformité avec les normes de la qualité du lait cru.

Échantillonnage du lait cru	2007-2008	2008-2009
Nombre d'échantillons de lait cru analysés	3 009	3 134
Conformité :		
Énumérations bactériennes	97,87 %	98,28 %
Énumération des cellules somatiques	97,67 %	96,94 %
Eau ajoutée	99,90 %	99,79 %
Nombre d'agents inhibiteurs	3	3

Dairy Farm Inspections
The approximately 235 dairy farms are inspected once per year for sanitation and facility requirements with follow-up inspections as required. Inspections are also conducted each time a quality infraction occurs in the raw milk testing program.

	2007-08	2008-09
Number of routine dairy farm inspections	243	238
Number of follow-up, quality and other inspections	300	267

2. Dairy Processors
Sample collection and product testing at the NB Dairy Laboratory

	2007-08	*2008-09
Number of milk and cream samples	110	*0
Number of other samples:		
Cheese	114	111
Butter	25	*4
Yogurt		8

* The Department stopped sampling at federally registered dairy plants in June 1st, 2007 therefore the decrease in sample numbers for 2008-09.

Processing Plant Inspections and Milk Meter Calibrations
Pasteurization plants that are not registered with, and inspected by, the Canadian Food Inspection Agency, are inspected once per year with follow-up as required. Milk Meter Calibrations are completed once per year with follow-up as required. Provincial plants are now inspected twice a year. An additional plant was licensed last year.

	2007-08	2008-09
Raw milk cheese and pasteurization plant inspections	11	10
Milk Meter Calibrations	3	*0

*The Department has stopped attending Milk Meter Calibrations unless there have been complaints or issues with milk shortages.

3. Abattoir Inspections
Last year abattoirs were inspected twice or once a year with the implementation of a risk based inspection program. Abattoirs were inspected for sanitation and facility requirements with follow up as required.

	2007-08	2008-09
Number of licensed abattoirs	32	32
Number of abattoir inspections	199	*167

* There are four inspections required per year relating to Specified Risk Material (SRM) Removal in beef cattle. This has decreased from the five required in 2007-08.

Inspections de fermes laitières
Environ 235 fermes laitières sont inspectées chaque année relativement aux exigences de salubrité de l'installation et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. Des inspections sont également effectuées chaque fois qu'une infraction aux normes de qualité se produit dans le cadre du programme d'analyse du lait cru.

	2007-2008	2008-2009
Nombre d'inspections routinières de fermes laitières	243	238
Nombre d'inspections de suivi, de qualité et autres	300	267

2. Transformateurs de produits laitiers
Prélèvement d'échantillons et analyse des produits au laboratoire des produits laitiers du Nouveau-Brunswick

	2007-2008	*2008-2009
Nombre d'échantillons de lait et de crème	110	*0
Nombre d'échantillons autres :		
Fromage	114	111
Beurre	25	*4
Yogourt		8

* Le ministère a cessé l'échantillonnage dans les usines laitières enregistrées auprès du gouvernement fédéral le 1er juin 2007, ce qui explique la baisse du nombre d'échantillons en 2008-2009.

Inspections d'usine de transformation et étalonnage des compteurs à lait
Les usines de pasteurisation qui ne sont pas enregistrées auprès de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et qui ne sont pas inspectées par celle-ci, sont inspectées une fois par année, et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. Les étalonnages des compteurs à lait sont effectués une fois par année et les étalonnages de suivi sont effectués au besoin. Les usines provinciales sont maintenant inspectées deux fois par année. Une autre usine a reçu son permis l'an dernier.

	2007-2008	2008-2009
Inspections d'usines de fromage au lait cru et de pasteurisation	11	10
Étalonnages des compteurs à lait	3	*0

*Le ministère a cessé de vérifier les étalonnages des compteurs à lait à moins qu'il y ait eu des plaintes ou des problèmes concernant des pénuries de lait.

3. Inspections d'abattoirs
L'an dernier, les abattoirs ont été inspectés deux ou une fois par année avec la mise en œuvre d'un programme d'inspection fondé sur le risque. Les abattoirs ont été inspectés pour les conditions sanitaires et les besoins de l'installation, et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins.

	2007-2008	2008-2009
Nombre d'abattoirs ayant un permis	32	32
Nombre d'inspections d'abattoir	199	*167

*De plus, il y a quatre inspections requises par année pour l'enlèvement des matières à risque spécifiées (MRS) des bovins. C'est une baisse par rapport aux cinq requises en 2007-2008.

4. Bulk Tank Milk Graders

Bulk Tank Milk Graders (BTMG) are individuals that are licensed to:

a) sample and collect raw milk at the farm level

b) deliver raw milk to dairy plants

c) maintain the sanitary condition of bulk milk tankers and trucks

Bulk Tank Milk Graders are inspected once per year and upon initial licensing.

	2007-08	2008-09
Number of BTMG inspections	31	32

5. Bulk Milk Tank Truck

Bulk tank milk trucks are inspected once per year with follow-up as required

	2007-08	2008-09
Number of tanker inspections	18	21

Fish Buyers Licensing

Fish buyers are licensed annually and are inspected a minimum of once per year by a public health inspector. Note: Fish buyers who are also federally registered and inspected by the Canadian Food Inspection Agency are exempt from provincial inspection.

	2007-08	2008-09
Number of licenses issued	637	975
Number of inspections	477	915

Water Quality

Public Drinking Water Supplies

The Department of Health works in cooperation with the Department of Environment to regulate public drinking water supplies. Public health inspectors monitor the results of water samples taken by municipalities and crown owned systems to ensure the water does not exceed health advisory limits, a set of bacteriological and chemical criteria based on the Guidelines for Canadian Drinking Water Quality. To protect the public from adverse health consequences, district medical officers of Health may issue 'Boil Orders' or 'Do Not Consume Orders' where public supplies fail to meet the health advisory limits.

In 2008-09, 33 Boil Orders were issued in 24 New Brunswick communities.

	2007-08	2008-09
Number of tests monitored	24, 400	16,643
Boil Orders Issued	12	33
Do Not Consume Orders Issued	0	1*

*The Do Not Consumer Order was issued to a community of private wells near an industrial spill.

4. Préposés au classement du lait en citerne

Les préposés au classement du lait en citerne sont des personnes autorisées :

a) à échantillonner et à ramasser le lait cru dans les fermes;

b) à livrer le lait cru aux usines laitières;

c) à maintenir les conditions d'hygiène des camions-citernes à lait cru.

Les préposés au classement du lait en citerne sont visés par une inspection une fois par année et au moment de la délivrance du permis.

	2007-2008	2008-2009
Nombre d'inspections des préposés au classement du lait en citerne	31	32

5. Camion-citerne de lait

Les camions-citernes sont inspectés une fois par année et des inspections de suivi sont effectuées au besoin.

	2007-2008	2008-2009
Nombre d'inspections de camions citernes	18	21

Délivrance de permis d'acheteurs de poisson

Les acheteurs de poisson doivent obtenir un permis chaque année et ils font l'objet d'au moins une inspection par année par un inspecteur de la Santé publique. Nota : Les acheteurs de poisson qui sont aussi inscrits auprès du gouvernement fédéral et inspectés par l'Agence canadienne d'inspection des aliments sont exemptés de l'inspection provinciale.

	2007-2008	2008-2009
Nombre de permis délivrés	637	975
Nombre d'inspections	477	915

Qualité de l'eau

Sources publiques d'approvisionnement en eau potable

Le ministère de la Santé collabore avec le ministère de l'Environnement à la réglementation des sources d'approvisionnement en eau potable. Les inspecteurs de la Santé publique surveillent les résultats des échantillons d'eau prélevés par les municipalités et dans les réseaux de la Couronne afin de s'assurer que l'eau ne dépasse pas le niveau d'avis sanitaire, un ensemble de critères bactériologiques et chimiques établi selon les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada. Afin de protéger le public contre les conséquences néfastes pour la santé, les médecins hygiénistes régionaux peuvent émettre des ordres de faire bouillir l'eau ou de s'abstenir de consommer l'eau lorsque les sources publiques d'approvisionnement en eau dépassent le niveau d'avis sanitaire.

En 2008-2009, 33 ordres de faire bouillir l'eau ont été délivrés dans 24 localités du Nouveau-Brunswick.

	2007-2008	2008-2009
Nombre d'échantillons analysés	24 400	16 643
Nombre d'ordres de faire bouillir l'eau	12	33
Nombre d'ordres de s'abstenir de consommer l'eau	0	1 *

*L'ordre de s'abstenir de consommer l'eau a été émis dans une collectivité où il y avait des puits privés situés près d'un déversement industriel.

Private Drinking Water Supplies
The Department of Health continue to report to homeowners results of tests conducted at the New Brunswick Analytical Services Laboratory which exceeded the Guidelines for Canadian Drinking Water Quality. A series of free follow-up samples are provided.

	2007-08	2008-09
Private Water Supplies		
Private well owner samples submitted	12,819	7,999*
Free samples offered for Know Your H20	6,195	0*
Private well owners contacted	5,795	3,715

* Free sampling program completed in 2007-08 fiscal year

Recreational Water Quality
The department continues to monitor and sample recreational swimming areas during summer months. In some cases, municipalities, provincial park staff or watershed groups conduct testing and report results to the department. Swimming areas are assessed for environmental conditions including proximity to sewage outfalls and recreational use and are sampled for bacteriological water quality. Results of bacteriological tests are measured against the Canadian Recreational Water Quality Guidelines. Where deemed necessary to protect the health of the public, district medical officers of health may post an area as unsafe for swimming.

	2007-08	2008-09
Recreational swimming areas		
Number of sites monitored	272	407
Number of beaches closed	5	5

Environmental Health and Community Sanitation

On-Site Sewage Disposal System Applications and Assessments
Properties that do not have access to municipal services require an on-site sewage disposal system which consists of a septic tank and a disposal field. Public health inspectors assess applications to install on-site sewage disposal systems to ensure the proposed systems will not contaminate groundwater resources or cause nuisances. The design and location of the system and soil conditions of the property are evaluated to determine if sewage can be effectively treated to prevent the spread of communicable diseases.

Individuals installing on-site sewage disposal systems for others must be licensed by the department. Courses are offered by public health inspectors to train individuals on the regulatory requirements, technical specifications and proper installation of on-site sewage disposal systems. In 2008-09, 218 individuals were trained and 397 individuals were licensed to install systems.

	2007-08	2008-09
On-Site Sewage Disposal System		
Application Assessments	2, 795	2,647
Inspections	2,886	2,586

Sources privées d'approvisionnement en eau potable
Le ministère de la Santé continue de communiquer aux propriétaires le résultat des analyses menées au Laboratoire des services analytiques du Nouveau-Brunswick qui dépasse les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada. Une série d'échantillons de suivi gratuits sont fournis.

	2007-2008	2008-2009
Sources privées d'approvisionnement en eau		
Échantillons de puits privés soumis	12 819	7 999*
Échantillons gratuits offerts pour « Connaissez-vous votre eau? »	6 195	0*
Propriétaires de puits privés contactés	5 795	3 715

* Programme d'échantillonnage gratuit terminé durant l'exercice 2007-2008

Qualité de l'eau à des fins récréatives
Le ministère continue de surveiller et d'échantillonner les lieux de natation pendant les mois d'été. Dans certains cas, les municipalités, le personnel des parcs provinciaux ou les groupes de bassins versants ont mené des analyses et ont communiqué les résultats au ministère. Les lieux de natation sont évalués quant aux conditions environnementales, y compris la proximité des émissaires d'évacuation et l'utilisation récréative. Des échantillons sont prélevés afin de déterminer la qualité bactériologique de l'eau. Les résultats des analyses bactériologiques sont évalués en fonction des Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada. Lorsqu'il est nécessaire de protéger la santé du public, les médecins hygiénistes régionaux peuvent poser une enseigne indiquant qu'un secteur n'est pas sécuritaire pour la baignade.

	2007-2008	2008-2009
Lieux de natation		
Nombre de sites surveillés	272	407
Nombre de plages fermées	5	5

Écosalubrité et salubrité communautaire

Demandes de systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées et évaluations
Les biens-fonds non reliés aux services municipaux doivent être dotés d'un système autonome d'évacuation des eaux usées qui comprend une fosse septique et un champ d'épuration. Les inspecteurs de la Santé publique évaluent les demandes d'installation de tels systèmes afin de s'assurer que les systèmes proposés ne contamineront pas les ressources en eau souterraine ou ne créeront pas de nuisances. La conception et l'emplacement du système, et les conditions du sol sont évalués pour déterminer s'il est possible de traiter les eaux usées efficacement afin d'éviter la propagation de maladies transmissibles.

Les particuliers qui installent des systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées pour d'autres propriétaires doivent être titulaires d'un permis du ministère. Les inspecteurs de la Santé publique offrent aux particuliers des cours sur les normes réglementaires, les devis techniques et l'installation des systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées. En 2008-2009, 218 personnes ont suivi les cours et 397 personnes ont obtenu des permis d'installation des systèmes.

	2007-2008	2008-2009
Système autonome d'évacuation des eaux usées		
Évaluation des demandes	2 795	2 647
Inspections	2 886	2 586

Subdivision Assessments
Individuals or companies wishing to subdivide land make an application to the appropriate planning authority. Should the land being subdivided require on site sewage disposal, the planning authority requires the Department of Health to assess the land and make recommendation with respect to suitability for on-site sewage disposal. Public health inspectors conduct the assessments to ensure the land meets the requirements of the *Health Act* which include size, dimension, soil quality and proximity of the land to lakes, streams or other bodies of water.

	2007-08	2008-09
Subdivision Assessments	736	752

Air Quality
Public health inspectors provide assessments and advice related to indoor air quality and housing on a complaint basis. Complaints are investigated with referral to appropriate agencies such as the Office of the Rentalsman.

	2007-08	2008-09
Indoor air quality investigations	171	299
Housing complaint investigations	314	*1,552

*The significant increase in housing inspections in 2008 are related to the major spring flooding event that impacted many businesses and residences in New Brunswick. As part of a five member team of inspectors, public health inspectors visited businesses and residences that were impacted by the flood to assess for health risks.

Institutional Health
The department provides recommendations for licensing to the Department of Social Development for daycare and special care facilities. These recommendations are based on annual inspections conducted by public health inspectors who monitor compliance with standards established for the inspection of such facilities.

In 2008-09, Public Health Inspectors conducted 1,143 institutional inspections.

	2007-08	2008-09
Special Care Home inspections	541	567
Daycare inspections	558	576

Smoke-free Places Act
The department manages a toll-free number for individuals to call if they wish to report suspected violations of the *Smoke-free Places Act* which restricts smoking in public places and workplaces. Callers to the toll-free number are asked to provide basic information regarding their complaint and suspected violation of the *Act*. Public health inspectors respond to the complaint by inspecting and investigating violations, issuing orders and where necessary laying charges under the *Act*.

	2007-08	2008-09
Complaints investigated	26	14

Évaluation des lotissements
Les particuliers ou les entreprises qui désirent lotir un terrain présentent une demande à l'autorité d'urbanisme responsable. Si le terrain devant être loti doit être muni d'un système autonome d'évacuation des eaux usées, l'autorité d'urbanisme demande au ministère de la Santé d'évaluer le terrain et de formuler une recommandation indiquant si le terrain convient ou non à l'installation d'un système autonome d'évacuation des eaux usées. Les inspecteurs de la Santé publique effectuent les évaluations afin de s'assurer que le terrain répond aux dispositions de la *Loi sur la santé*, notamment la taille, la dimension, la qualité du sol et la proximité du terrain des lacs, ruisseaux ou autres cours d'eau.

	2007-2008	2008-2009
Évaluation des lotissements	736	752

Qualité de l'air
Les inspecteurs de la Santé publique effectuent des évaluations et offrent des conseils sur la qualité de l'air intérieur et sur les logements lorsqu'ils reçoivent des plaintes. Les plaintes sont étudiées et transmises aux organismes responsables, comme le Bureau du médiateur des loyers.

	2007-2008	2008-2009
Enquêtes sur la qualité de l'air intérieur	171	299
Enquêtes sur des plaintes relatives au logement	314	*1 552

*La hausse substantielle des inspections de logement en 2008 est liée à la grande crue printanière qui a touché les nombreuses entreprises et les résidences au Nouveau-Brunswick. Dans le cadre d'une équipe d'inspecteurs composée de cinq membres, les inspecteurs de la Santé publique ont visité les entreprises et les résidences qui ont été atteintes par l'inondation afin d'évaluer les risques à la santé.

Santé en établissement
Le ministère fournit au ministère du Développement social des recommandations sur la délivrance de permis de garderies et de foyers de soins spéciaux. Ces recommandations sont fondées sur les inspections annuelles effectuées par les inspecteurs de la Santé publique qui surveillent la conformité aux normes établies pour l'inspection de tels établissements.

En 2008-2009, les inspecteurs de la Santé publique ont effectué 1 143 inspections d'établissements.

	2007-2008	2008-2009
Inspections de foyers de soins spéciaux	541	567
Inspections de garderies	558	576

Loi sur les endroits sans fumée
Le ministère gère un numéro sans frais que peuvent utiliser les particuliers qui veulent signaler des infractions présumées à la *Loi sur les endroits sans fumée* qui interdit l'usage du tabac dans les endroits publics et les lieux de travail. Les personnes doivent fournir de l'information de base concernant leur plainte et la présumée infraction à la *Loi*. Les inspecteurs de la Santé publique donnent suite à la plainte par une inspection et une enquête, la délivrance d'ordres de conformité et, lorsqu'il y a lieu, des poursuites en vertu de la *Loi*.

	2007-2008	2008-2009
Plaintes ayant fait l'objet d'une enquête	26	14

Communicable Disease Control

Sporadic cases and outbreaks of foodborne and waterborne communicable diseases are investigated by public health inspectors to identify the source and prevent further spread of the disease. While the following diseases are normally associated with food, cases have been linked to contaminated water and secondary transmission from humans.

Surveillance Data: Enteric, Food and Waterborne Diseases

Table A-5 Enteric, Food and Waterborne Diseases Reported in New Brunswick, 2004-2008

Crude Incidence Rate per 100,000 Population

Disease	2004	2005	2006	2007	2008
Amebiasis	0.3	1.9	0.4	0.1	0.0
Campylobacter	19.4	23.4	22.8	22.1	21.3
Giardiasis	10.5	10.8	12.8	12.9	14.1
E. coli 0157 :H7	2.3	1.6	1.6	3.3	1.7
Salmonellosis	18.2	14.4	22.8	17.3	14.2
Shigellosis	0.9	1.5	0.7	0.5	0.8

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit.
Note: the denominator use to calculate the 2008 rates are the 2008 preliminary postcensual population estimates by Statistics Canada which is based on 2006 census data.

Surveillance des maladies transmissible

Les inspecteurs de la Santé publique étudient les cas sporadiques et les épidémies de maladies transmissibles afin de déterminer leur source et prévenir leur propagation. Bien que les maladies suivantes soient normalement associées aux aliments, des cas ont été liés à de l'eau contaminée et à une transmission secondaire par des humains.

Données de surveillance : Maladies entériques, alimentaires et hydriques

Tableau A-5 Maladies entériques, alimentaires et hydriques signalées au Nouveau-Brunswick (de 2004 à 2008)

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Maladie	2004	2005	2006	2007	2008
Amibiase	0,3	1,9	0,4	0,1	0,0
Campylobactériose	19,4	23,4	22,8	22,1	21,3
Giardiase	10,5	10,8	12,8	12,9	14,1
E. coli 0157:H7	2,3	1,6	1,6	3,3	1,7
Salmonellose	18,2	14,4	22,8	17,3	14,2
Shigellose	0,9	1,5	0,7	0,5	0,8

Source : Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles.
Nota : Le dénominateur utilisé pour calculer les taux de 2008 sont les estimations démographiques postcensitaires de Statistique Canada de 2008 basées sur les données de recensement de 2006.

Table A-6 Number of Cases of Enteric, Food and Waterborne Diseases Reported in New Brunswick by Region, 2008/ Tableau A-6 Nombre de cas de maladies entériques, alimentaires et hydriques signalés au Nouveau-Brunswick 2008

Actual Numbers/Chiffres réels	Zones							
Disease/Maladie	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Provincial Total/ Total provincial**
Amebiasis/Amibiase	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobacteriosis/Campylobactériose	47	26	23	27	7	26	3	159
Giardiasis/Giardiase	39	17	18	2	8	13	8	105
E. coli 0157:H7	6	5	0	0	0	1	1	13
Salmonellosis/Salmonellose	34	16	25	14	3	11	3	106
Shigellosis/Shigellose	1	2	3	0	0	0	0	6

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit./ Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles.

Promotion of Healthy Lifestyles/Healthy Families

Early Childhood Initiatives (ECI)

Early childhood initiatives are a group of prevention-focused programs offering a variety of services that foster the health and development of young children from conception to school entry. Client participation is voluntary in all ECI component programs and individual clients participate for various lengths of time.

The Regional Health Authorities are responsible for delivering the health-related programs of ECI. The Department of Social Development is responsible for the social services options.

Promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains

Initiatives pour la petite enfance (IPE)

Le programme Initiatives pour la petite enfance (IPE) regroupe des programmes de soins de santé et de services sociaux visant la prévention et offrant une gamme de services axés sur la santé et le développement des jeunes enfants, de la conception à l'intégration en milieu scolaire. La participation du client à tous les programmes est volontaire et la durée de la participation peut varier.

Les régies régionales de la santé sont chargées de la prestation des composantes relatives à la santé du programme IPE. Le ministère du Développement social est chargé des volets de services sociaux.

The goal of the ECI Prenatal Program is to promote healthy pregnancies so that infants will be born healthy. Expectant mothers eligible for the program are offered the services of a public health nurse and/or a nutritionist who tailor sessions to meet the individual client's needs. Clients who meet the financial criteria receive nutritional supplements. Referrals to additional services are done in collaboration with the client to address concerns that go beyond the program's scope.

During 2008-09, 1,689 clients participated in the ECI Prenatal Program. Public health nutritionists worked with the majority of the program's clients and provided milk and vitamin supplements to 88 per cent of the women receiving nutrition counseling. Public Health nurses concentrated on serving expectant mothers less than 20 years old.

As part of the ECI Postnatal Program, Public Health nurses use the Public Health Priority Assessment (PHPA) tool to assess newborns in the days following birth. Although not all parents choose to participate in the program, 33 per cent of the 7,173 babies assessed met eligibility criteria. These results are consistent with those of previous years.

The PHPA uses a broad spectrum of weighted factors grouped within three main categories to determine risk of developmental delay.

a. Congenital problems and other health challenges such as Down's Syndrome, Cerebral Palsy, congenital heart defects, cleft lip and palate, or the loss of a limb;

b. Known developmental risk factors including complications of pregnancy or birth, use of drugs or alcohol during pregnancy, and family history of health challenges such as deafness;

c. Family interaction factors such as maternal age, family support, financial resources, mental illness in one or both parents, educational status, and history of family violence.

Chart 1 depicts the distribution of the PHPA newborn screening results within each of its categories. Because an infant may score in one or more categories and numbers are rounded up, the total percentage varies slightly from the previously noted information.

L'objectif du programme prénatal IPE est d'encourager des grossesses en santé pour que les nourrissons naissent en santé. Les femmes enceintes admissibles au programme se voient offrir les services d'une infirmière ou d'une nutritionniste de la Santé publique qui adaptent les séances en vue de répondre aux besoins de chacune des clientes. Les clientes qui satisfont aux critères financiers reçoivent des suppléments nutritionnels. Toute préoccupation allant au-delà de la portée du programme est acheminée à d'autres services avec la collaboration de la cliente.

Au cours de l'exercice 2008-2009, 1 689 femmes enceintes ont participé au programme prénatal des IPE. Les nutritionnistes de la Santé publique ont travaillé avec la majorité des clientes du programme et ont offert du lait et des suppléments de vitamine à 88 pour cent des femmes recevant du counseling nutritionnel. Les infirmières de la Santé publique se sont concentrées à desservir les femmes enceintes âgées de moins de 20 ans.

Dans le cadre du programme postnatal des IPE, les infirmières de la Santé publique utilisent l'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique (EPSP) pour évaluer les nouveau-nés pendant les jours suivant l'accouchement. Même si tous les parents ne choisissent pas de participer au programme, 33 pour cent des 7 173 bébés évalués ont répondu aux critères d'admissibilité. Ces résultats sont conséquents avec ceux enregistrés au cours des années précédentes.

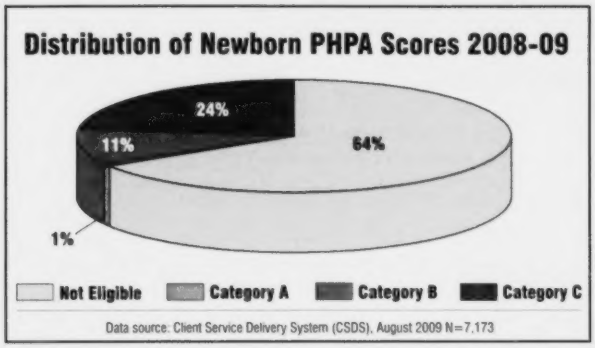
L'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique (EPSP) tient compte d'une grande variété de facteurs pondérés faisant partie des trois catégories principales pour déterminer les risques de retard du développement.

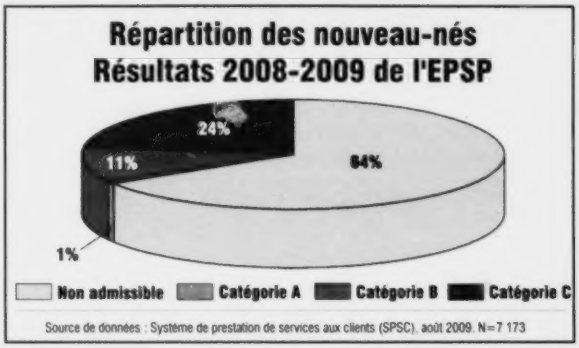
a. des problèmes congénitaux et autres problèmes de santé tels que le syndrome de Down, l'infirmité motrice cérébrale, les anomalies cardiaques congénitales, le bec-de-lièvre et la fente palatine, la perte d'un membre;

b. des facteurs de risque connus en matière de développement, y compris les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, la consommation de drogues ou d'alcool durant la grossesse, des antécédents familiaux de problèmes de santé tels que la surdité;

c. des facteurs liés à l'interaction familiale qui comprennent l'âge de la mère, le soutien familial, les ressources financières, la maladie mentale de l'un des parents ou des deux, le niveau d'instruction, les antécédents de violence familiale.

Le graphique 1 illustre la répartition des résultats de l'examen des nouveau-nés à l'aide de l'EPSP pour chacune de leur catégorie. Puisqu'un nourrisson peut être évalué dans une catégorie ou plus et que les chiffres sont arrondis, le total du pourcentage varie légèrement par rapport à l'information susmentionnée.





The ECI Postnatal Program focuses on fostering healthy growth and development of infants and children; enhancing parenting abilities; nurturing family resiliency; and increasing community capacity. Public Health postnatal services occur in a number of venues however the majority of visits take place in the client's home. Referrals to additional government and/or community services are completed in collaboration with the parent or care giver in response to a particular need of the child. Public Health nurses also work with parents and other service providers to facilitate transition to school for ECI clients.

During the fiscal year, 5,999 infants and young children received postnatal services and 2,366 new clients were enrolled in the program. Public Health nurses completed 7,670 client home visits and 2,253 office visits. Public Health nutritionists saw 183 postnatal clients and distributed nutritional supplements to the 1,958 families who met eligibility criteria following the birth of a baby.

There were also referrals to other professionals and agencies for additional services including the ECI Social Development programs of early intervention, and integrated daycare. Public Health plays a role in supporting Child Protection Services, and Public health nurses and child protection social workers worked collaboratively to deliver services to 1,213 children under the Child Protection/ECI joint service agreement.

3.5 Year Old Health Clinic

As part of the Early Childhood Initiatives complement of programs, services of the 3.5 Year Old Health Clinic are offered to all preschoolers. The child's growth and development is assessed during the clinic visit and healthy lifestyle practices such as nutrition, immunization and child safety are discussed. The Nipissing District Developmental Screen® offers an opportunity for parents to share their observations about their child's development and take home an age appropriate activities tear sheet. When needed and with parental consent, referrals for additional professional services are completed. The 3.5 Year Old Health Clinic provides the second universal screening opportunity for referral to the ECI program.

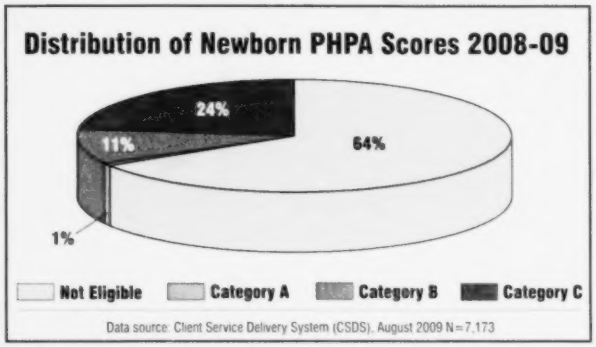
Le programme postnatal IPE vise à instaurer des conditions propices à la croissance et au développement en santé des nourrissons et des enfants en renforçant notamment les compétences parentales, la résilience familiale et les capacités communautaires. Les services postnataux de la Santé publique peuvent être offerts de diverses façons; cependant, la plupart des visites se font au domicile du client. Les besoins particuliers d'un enfant peuvent être signalés à d'autres services gouvernementaux ou communautaires avec la collaboration du parent ou du tuteur. Les infirmières de la Santé publique collaborent aussi avec les parents et d'autres fournisseurs de services pour faciliter la transition à l'école des clientes des IPE.

Durant l'exercice, 5 999 nourrissons et enfants ont reçu des services postnataux des IPE et 2 366 nouveaux clients ont été inscrits au programme. Les infirmières de la Santé publique ont effectué 7 670 visites aux clients à domicile et 2 253 visites au bureau. Les nutritionnistes de la Santé publique ont vu 183 clientes du programme postnatal et distribué des suppléments nutritionnels à 1 958 familles répondant aux critères d'admissibilité à la suite de l'accouchement d'un bébé.

Il y a aussi eu des aiguillages vers d'autres professionnels et organismes pour obtenir des services supplémentaires, y compris les programmes de développement social des IPE, notamment les programmes d'intervention précoce et de services de garde intégrés. La Santé publique joue un rôle important en assurant un soutien aux Services de protection de l'enfance. Les infirmières de la Santé publique et les travailleurs sociaux de la Protection à l'enfance ont travaillé ensemble pour offrir des services à 1 213 enfants dans le cadre de l'entente de services communs entre les Services de protection de l'enfance et le programme IPE.

Clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi

Les services de la clinique d'hygiène pour les enfants de trois ans et demi sont offerts à tous les enfants d'âge préscolaire dans le cadre des programmes complémentaires des Initiatives pour la petite enfance. Pendant la visite à la clinique, les évaluations portent sur de nombreux aspects de la croissance et du développement de l'enfant, comme l'alimentation, l'immunisation et la sécurité de l'enfant et sur des modes de vie sains. Le questionnaire de dépistage du district de Nipissing® offre aux parents une occasion de faire part de leurs observations sur le développement de leur enfant et de se procurer un feuillet d'activités en fonction de l'âge. Au besoin et avec le consentement des parents, les enfants sont aiguillés vers d'autres services professionnels. La clinique d'hygiène pour les enfants de trois ans et demi constitue le deuxième programme universel d'évaluation et d'aiguillage vers le programme des IPE.



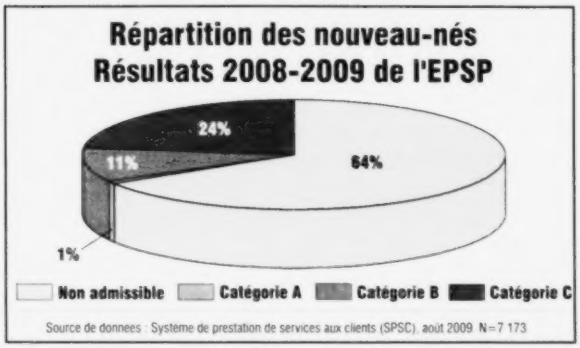
The ECI Postnatal Program focuses on fostering healthy growth and development of infants and children; enhancing parenting abilities; nurturing family resiliency; and increasing community capacity. Public Health postnatal services occur in a number of venues however the majority of visits take place in the client's home. Referrals to additional government and/or community services are completed in collaboration with the parent or care giver in response to a particular need of the child. Public Health nurses also work with parents and other service providers to facilitate transition to school for ECI clients.

During the fiscal year, 5,999 infants and young children received postnatal services and 2,366 new clients were enrolled in the program. Public Health nurses completed 7,670 client home visits and 2,253 office visits. Public Health nutritionists saw 183 postnatal clients and distributed nutritional supplements to the 1,958 families who met eligibility criteria following the birth of a baby.

There were also referrals to other professionals and agencies for additional services including the ECI Social Development programs of early intervention, and integrated daycare. Public Health plays a role in supporting Child Protection Services, and Public health nurses and child protection social workers worked collaboratively to deliver services to 1,213 children under the Child Protection/ECI joint service agreement.

3.5 Year Old Health Clinic

As part of the Early Childhood Initiatives complement of programs, services of the 3.5 Year Old Health Clinic are offered to all preschoolers. The child's growth and development is assessed during the clinic visit and healthy lifestyle practices such as nutrition, immunization and child safety are discussed. The Nipissing District Developmental Screen® offers an opportunity for parents to share their observations about their child's development and take home an age appropriate activities tear sheet. When needed and with parental consent, referrals for additional professional services are completed. The 3.5 Year Old Health Clinic provides the second universal screening opportunity for referral to the ECI program.



Le programme postnatal IPE vise à instaurer des conditions propices à la croissance et au développement en santé des nourrissons et des enfants en renforçant notamment les compétences parentales, la résilience familiale et les capacités communautaires. Les services postnataux de la Santé publique peuvent être offerts de diverses façons; cependant, la plupart des visites se font au domicile du client. Les besoins particuliers d'un enfant peuvent être signalés à d'autres services gouvernementaux ou communautaires avec la collaboration du parent ou du tuteur. Les infirmières de la Santé publique collaborent aussi avec les parents et d'autres fournisseurs de services pour faciliter la transition à l'école des clientes des IPE.

Durant l'exercice, 5 999 nourrissons et enfants ont reçu des services postnataux des IPE et 2 366 nouveaux clients ont été inscrits au programme. Les infirmières de la Santé publique ont effectué 7 670 visites aux clients à domicile et 2 253 visites au bureau. Les nutritionnistes de la Santé publique ont vu 183 clientes du programme postnatal et distribué des suppléments nutritionnels à 1 958 familles répondant aux critères d'admissibilité à la suite de l'accouchement d'un bébé.

Il y a aussi eu des aiguillages vers d'autres professionnels et organismes pour obtenir des services supplémentaires, y compris les programmes de développement social des IPE, notamment les programmes d'intervention précoce et de services de garde intégrés. La Santé publique joue un rôle important en assurant un soutien aux Services de protection de l'enfance. Les infirmières de la Santé publique et les travailleurs sociaux de la Protection à l'enfance ont travaillé ensemble pour offrir des services à 1 213 enfants dans le cadre de l'entente de services communs entre les Services de protection de l'enfance et le programme IPE.

Clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi

Les services de la clinique d'hygiène pour les enfants de trois ans et demi sont offerts à tous les enfants d'âge préscolaire dans le cadre des programmes complémentaires des Initiatives pour la petite enfance. Pendant la visite à la clinique, les évaluations portent sur de nombreux aspects de la croissance et du développement de l'enfant, comme l'alimentation, l'immunisation et la sécurité de l'enfant et sur des modes de vie sains. Le questionnaire de dépistage du district de Nipissing® offre aux parents une occasion de faire part de leurs observations sur le développement de leur enfant et de se procurer un feuillet d'activités en fonction de l'âge. Au besoin et avec le consentement des parents, les enfants sont aiguillés vers d'autres services professionnels. La clinique d'hygiène pour les enfants de trois ans et demi constitue le deuxième programme universel d'évaluation et d'aiguillage vers le programme des IPE.

During 2008-09, Public health nurses saw 5,883 children at the 3.5 Year Old Health Clinic. Of these children, 246 were referred to the ECI program and 28 per cent were referred for further vision, hearing or speech assessment.

The Baby-Friendly Initiative (BFI)

The Baby-Friendly Initiative is a special program of the World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF) that promotes informed decision making about breastfeeding; fosters practices that support mothers in establishing successful breastfeeding; and protects breastfeeding from activities that undermine its success. Implementing BFI standards improves the quality of care to mothers and their infants through integration of evidence-based practices in hospitals and in the community.

Provincially, the Baby Friendly Initiative is led by the Office of the Chief Medical Officer of Health. Work is done in collaboration with Hospital Services and in conjunction with the New Brunswick BFI Advisory Committee. A number of projects were undertaken to build on activities and successes of past years. Efforts targeted supporting facilities in their progress towards BFI designation; building a work force of health professionals knowledgeable in helping the breastfeeding mother and her infant; and developing monitoring tools that promote consistent approaches across the province.

The New Brunswick BFI Coordinator presented a poster presentation of the NB BFI experience at an international BFI conference in Vancouver; likewise, the Chair of the NB BFI Advisory Committee presented a similar poster in Vienna Austria.

As depicted in Table A-8, provincial trends show slight increase in babies being breastfed at birth. In 2008-09, 73 per cent of New Brunswick mothers initiated breastfeeding. Although New Brunswick is making

Table A-8 Percent of New Brunswick Newborns Breastfed at Birth April 1, 1997 to March 31, 2009

Year	%
97-98	63
98-99	65
99-00	65
00-01	66
01-02	69
02-03	69
03-04	69
04-05	71
05-06	71
06-07	73
07-08	73
08-09	73

Data Sources: Obtained from PHPA recorded in HNIC prior to 1999, and subsequent years CSDS

En 2008-2009, les infirmières de la Santé publique ont évalué 5 883 enfants à la clinique d'hygiène pour les enfants de trois ans et demi. De ce chiffre, 246 enfants ont été aiguillés vers le programme IPE et 28 pour cent vers d'autres professionnels pour des évaluations supplémentaires de la vue, de l'ouïe et de la parole.

Initiative des amis des bébés (IAB)

L'Initiative des amis des bébés est un programme spécial de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) qui encourage une prise de décision éclairée sur l'allaitement, favorise les pratiques qui soutiennent les mères dans l'établissement d'un allaitement fructueux et protège l'allaitement des activités qui sapent son succès. La mise en œuvre des normes de l'IAB améliore la qualité des soins aux mères et à leurs nourrissons en intégrant des pratiques fondées sur des données probantes dans les hôpitaux et la collectivité.

À l'échelle provinciale, l'Initiative des amis des bébés est dirigée par le Bureau du médecin hygiéniste en chef. La Santé publique dirige cette initiative en collaboration avec les services hospitaliers et avec le concours du Comité consultatif de l'Initiative des amis des bébés du Nouveau-Brunswick. Divers projets ont été entrepris au cours de la dernière année pour tirer parti des activités et des succès ayant eu lieu au cours des dernières années. Les efforts ont été ciblés pour soutenir les établissements dans leur progression vers la désignation IAB, établir une main-d'œuvre de professionnels de la santé qui aident la mère qui allaite et son nourrisson et mettre au point des outils de surveillance qui favorisent des approches uniformes dans toute la province.

Le coordonnateur de l'IAB du Nouveau-Brunswick a présenté une affiche de l'expérience de l'IAB du Nouveau-Brunswick à la conférence internationale de l'IAB à Vancouver. De même, le président du Comité consultatif de l'IAB du Nouveau-Brunswick a présenté une affiche similaire à Vienne, en Autriche.

Comme il est illustré dans le tableau A-8, la tendance provinciale fait voir une légère progression dans le nombre de bébés qui sont allaités à la naissance. En 2008-2009, 73 pour cent des mères néo-brunswickoises ont choisi l'allaitement

Tableau A-8 Pourcentage de nouveau-nés du Nouveau-Brunswick nourris par allaitement maternel à la naissance du 1er avril 1997 au 31 mars 2009

Année	%
1997-1998	63
1998-1999	65
1999-2000	65
2000-2001	66
2001-2002	69
2002-2003	69
2003-2004	69
2004-2005	71
2005-2006	71
2006-2007	73
2007-2008	73
2008-2009	73

Sources de données : Tiré de l'EPSP enregistré dans HNIC avant 1999, et du SPSC au cours des années suivantes

small gains each year, indications are that exclusive breastfeeding for the recommended six months remains low and continued efforts to increase the length of time mother's breastfeed are needed.

Healthy Eating

Public health nutritionists provided information on healthy eating using a wide range of activities and settings including public education, information to health professionals, community action groups and consultation services. Partnership building and collaboration are key components for achieving healthy eating objectives for the New Brunswick population. Partners include Community Action Program for Children/Canada Prenatal Nutrition Program (CAPC/CPNP), the Department of Social Development (Prenatal Benefit Program), Department of Education, Provincial Baby Friendly Initiative (BFI) Advisory Committee, Healthy Eating and Physical Activity Coalition of New Brunswick (HEPAC) and the Department of Wellness, Culture and Sport. Collaboration with other provinces and territories to promote healthy eating and physical activity is also happening through different channels.

Public health nutritionists provided support to the Healthy Learners in School Program as well as the Vegetable and Fruit Grants Program to promote the consumption of vegetables and fruits to students in New Brunswick Public Schools. Public health nutritionists also provided support to the Department of Education's Policy 711 – Healthier Foods and Nutrition in Public Schools helping schools and school districts implement the policy. Public health nutritionists promoted the use of Canada's Food Guide which is an important tool for promoting wellness and preventing chronic disease amongst New Brunswickers.

Dental Health

In collaboration with the school districts, Public Health has been offering a preventative dental Fluoride Mouthrinse Program to elementary schools across New Brunswick since 1979. Fluoride mouth rinse is an effective measure to prevent tooth decay as it helps strength the tooth enamel. The Mouthrinse Program is a voluntary program that requires parental consent and it is conducted on a weekly basis to students in Grades 1 to 5.

Healthy Learners in School Program

The Healthy Learners in School Program was jointly developed by the Departments of Health and Education to foster the development of health promotion and prevention initiatives for improved student wellness. The Regional Health Authorities have responsibility for delivering the Program.

Public Health nurses work at the school district level with the District Health Committee while at the high school level, Public Health nurses work with the School Health Committee. These committees include representatives from the district, its schools, principals, teachers and parents, as well as communities. Each year, the committees identify health priorities, develops comprehensive action

naturel. Même si le Nouveau-Brunswick enregistre de faibles gains chaque année, les indices de l'allaitement exclusif pendant la période recommandée de six mois demeurent faibles et des efforts continus visant à accroître la durée d'allaitement par la mère sont nécessaires.

Alimentation saine

Les nutritionnistes de la Santé publique ont fourni de l'information sur les habitudes alimentaires saines au moyen de diverses activités et dans plusieurs milieux, y compris la sensibilisation du public, l'information aux professionnels de la santé, aux groupes d'action communautaires et aux services de consultation. L'établissement de partenariats et d'entente de collaboration constitue un élément essentiel à la réalisation des objectifs d'une alimentation saine pour la population du Nouveau-Brunswick. Les partenaires suivants participent à ces initiatives : Programme d'action communautaire pour les enfants et Programme canadien de nutrition prénatale (PACE/PCNP), Programme de prestations prénatales du ministère du Développement social, ministère de l'Éducation, Comité consultatif provincial de l'Initiative des amis des bébés, Coalition pour une alimentation saine et l'activité physique (CASAP) et ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport. La collaboration avec les autres provinces dans le but de promouvoir une alimentation saine et l'activité physique est également assurée par l'entremise d'autres réseaux.

Les nutritionnistes de la Santé publique ont fourni de l'aide au programme Apprenants en santé à l'école ainsi qu'au programme de subventions pour fruits et légumes visant à encourager les élèves des écoles publiques du Nouveau-Brunswick à consommer des fruits et des légumes. Les nutritionnistes de la Santé publique ont aussi apporté un soutien à la politique 711 du ministère de l'Éducation sur la nutrition et l'amélioration de l'alimentation en milieu scolaire et ont aidé les écoles et les districts scolaires à mettre en œuvre la politique. Les nutritionnistes de la Santé publique ont encouragé l'utilisation du Guide alimentaire canadien, un outil important de promotion du mieux-être et de prévention des maladies chroniques chez les Néo-Brunswickois.

Hygiène dentaire

En collaboration avec les districts scolaires, la Santé publique offre un programme de rinçage buccal au fluorure aux écoles élémentaires de la province du Nouveau-Brunswick depuis 1979. Le rinçage buccal au fluorure est une mesure efficace pour prévenir les caries dentaires et renforcer l'émail des dents. Le programme de rinçage buccal est un programme volontaire qui exige le consentement des parents et qui est organisé une fois par semaine pour les élèves de la première année à la cinquième année.

Programme Apprenants en santé à l'école

Le programme Apprenants en santé à l'école a été élaboré conjointement par les ministères de la Santé et de l'Éducation afin d'encourager l'élaboration de programmes de prévention et de promotion de la santé en vue d'améliorer le mieux-être des élèves. Les régies régionales de la santé ont la responsabilité d'exécuter le programme.

Les infirmières de la Santé publique travaillent à l'échelle du district scolaire en collaboration avec le Comité de la santé du district tandis que sur le plan de l'école secondaire, les infirmières de la Santé publique travaillent avec le Comité de la santé de l'école. Ces comités sont composés de représentants du district, des écoles qui en font partie, des directeurs d'école, des enseignants et des parents ainsi que des membres de la collectivité. Chaque année, les comités

plans and works together to implement strategies to encourage healthy lifestyles and supportive, healthy environments. Public health nurses with the program also provide support to the development and implementation of health curricula by districts and schools.

In 2008-09, districts continued to address a range of priorities with the majority involving promotion of healthy eating, physical activity, and emotional well-being as well as supporting Tobacco-free Schools' initiatives. In some areas, Public Health nurses contribute to the organization of the Roots of Empathy program.

Sexual Health Program

Using a comprehensive approach, the Sexual Health Program aims to improve, support and maintain the healthy sexuality of New Brunswick youth. The program aims to reduce the incidence of unplanned pregnancies and sexually transmitted infections in our youth under the age of 25. Program components include education, counseling and clinical services to youth. Parents/guardians may access the program for education and counseling services. Professionals who work with youth may access education information and resources as well. Services are provided through sexual health centers located in the Regional Health Authorities along with additional outreach services to rural areas of the region.

Education is one of the components of the Sexual Health Program. Sound, current and age-appropriate sexual health education is the foundation upon which the Sexual Health Program is built.

In fiscal 2008-09, a total of 11,311 individuals (of which 2,581 were new clients) were provided clinical services (testing and treatment) and counselling by a Public Health nurse, nurse practitioner and/or physician. Approximately 12,480 individuals were reached through group education sessions. In addition to these services, Public Health responded to approximately 1277 requests for sexual health related resources and information from parents, students and professionals.

Injury / Disease Prevention Initiatives

(1) Tobacco

Figures obtained from the Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, indicate that New Brunswick had a significant increase in the average cigarettes smoked per day in 2007 (17 percent) from 2006(15 percent). Although this figure rose to 17 percent in 2007, it decreased back to 15 per cent in 2008.

Tobacco control initiatives continue to be a key component to improve population health. In October 2004, the province implemented the provincial *Smoke-free Places Act*. The legislation includes a complete ban on smoking in all enclosed public places and indoor workplaces in the province, with the exception

déterminent les priorités en matière de santé, élaborent des plans d'action exhaustifs et travaillent en collaboration afin de mettre en œuvre des stratégies favorisant un mode de vie et des milieux positifs et sains. Les infirmières de la Santé publique du programme appuient aussi l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'hygiène par les districts et les écoles.

En 2008-2009, les districts ont continué de s'attaquer à un éventail de priorités dont la majorité concerne la promotion d'une alimentation saine, l'activité physique et le bien-être émotionnel tout en appuyant les initiatives visant des écoles sans fumée. Dans certains secteurs, les infirmières de la Santé publique contribuent à l'organisation du programme Roots of Empathy.

Programme de santé sexuelle

À l'aide d'une approche globale, le Programme de santé sexuelle vise à améliorer, à soutenir et à maintenir la santé sexuelle des jeunes Néo-Brunswickois. Le programme a pour but de réduire l'incidence des grossesses imprévues et des infections transmises sexuellement chez les jeunes âgés de moins de 25 ans. Les composantes du programme offrent de l'information, du counseling et des services cliniques aux jeunes. Les parents ou tuteurs peuvent accéder à de l'information sur l'éducation et les services de counseling grâce au programme. Les professionnels qui travaillent avec les jeunes peuvent également accéder à l'information et aux ressources relatives à l'éducation. Les services sont offerts par l'entremise de centres de santé sexuelle situés dans les régies régionales de la santé, en plus des services d'extension qui sont offerts aux zones rurales de la région.

L'éducation constitue l'un des principaux éléments du Programme de santé sexuelle. Une éducation solide, actuelle et convenant aux jeunes en matière de santé sexuelle est le fondement sur lequel repose le Programme de santé sexuelle.

Au cours de l'exercice 2008-2009, un total de 11 311 personnes (dont 2 581 constituaient de nouveaux clients) ont bénéficié des services cliniques (dépistage et traitement) et de counseling dispensés par une infirmière de la Santé publique, une infirmière praticienne ou un médecin. Près de 12 480 personnes ont été jointes par des séances d'information de groupe. En plus de ces services, la Santé publique a répondu à environ 1 277 demandes de ressources et d'information relatives à la santé sexuelle provenant des parents, des élèves et des professionnels.

Initiatives relatives à la prévention des blessures et des maladies

(1) Tabagisme

Les chiffres obtenus auprès de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada indiquent que le Nouveau-Brunswick a enregistré une hausse substantielle de la moyenne de cigarettes fumées par jour en 2007 (17 pour cent) par rapport à 2006 (15 pour cent). Même si ce chiffre s'est élevé à 17 pour cent en 2007, il est revenu à 15 pour cent en 2008.

Les mesures de lutte contre le tabagisme demeurent un volet clé pour améliorer la santé de la population. En octobre 2004, le gouvernement provincial a mis en œuvre la *Loi sur les endroits sans fumée*. La *Loi* comprend une interdiction complète de fumer dans les endroits publics fermés et dans les lieux de travail intérieurs dans la province, à l'exception

of group living facilities and tourist accommodation facilities which can designate smoking rooms.

The *Act* is enforced through a coordinated approach between Public Health, the Department of Public Safety, and the Workplace Health, Safety and Compensation Commission. A toll-free information line also provided a single entry point for people to report violations of the *Act*. Since the introduction of the *Act*, the number of complaints has declined from a total of 156 complaints in the first six months of fiscal 2004-05 to 22 for the entire 2008-09 fiscal year.

Complaints under *Smoke Free Places Act*

DEPARTMENT	April – March 2006-07	April – March 2007-08	April – March 2008-09
Public Health	34 (69%)	20 (77%)	14 (64%)
Public Safety	6 (12%)	2 (8%)	2 (9%)
WHSCC	9 (19%)	4 (15%)	6 (27%)
Total complaints	**49**	**26**	**22**

The *Tobacco Sales Act* regulates how and to whom tobacco products are sold. Compliance checks and decoy buys (enforcement checks) continue to be carried out to ensure tobacco products are not sold to anyone under age 19. In 2008-09, a total of 1,994 compliance checks were conducted and subsequent "decoy buys" were undertaken with a compliance rate of approximately 89 per cent in both cases. These efforts have resulted in seven charges being laid.

In January 2009, the *Tobacco Sales Act* was amended to prohibit the use of tobacco power walls. Inspection results show good compliance with this change in Legislation.

Mental Health Prevention/Promotion Initiatives

Several programs managed and/or supported by the Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services Division focus on prevention and promotion activities. These include consumer-run activity centres that are located throughout the province. They engage in a variety of activities, according to local needs and interests. They promote community integration by providing social, vocational, recreational and advocacy activities. They help people become more independent of formal services by means of peer support, education, and mutual self-help. During the 2008-09 fiscal year, the activity centres received 1,633 distinct attendees, which represents a three percent increase in the number of individual attendees from the previous fiscal year. In addition, there are two Clubhouses, one in Saint John and one in Fredericton, where mental health consumers work in partnership with professionals to provide meaningful, structured, pre-vocational and vocational activities.

The prevention and promotion component also includes a Critical Incident Stress Response Program, which is intended to help alleviate stress trauma due to a tragic occurrence. In 2008-09, regionally

des établissements où les gens vivent en groupe et des établissements d'hébergement touristiques qui peuvent désigner des chambres fumeurs.

La *Loi* est appliquée à l'aide d'une approche coordonnée entre la Santé publique, le ministère de la Sécurité publique et la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail. Une ligne d'information sans frais offre aussi un point d'entrée unique que les gens peuvent utiliser pour signaler des infractions à la *Loi*. Depuis l'adoption de la *Loi*, le nombre de plaintes a diminué passant de 156 au cours des six premiers mois de l'exercice 2004-2005 à 22 pour l'exercice 2008-2009.

Plaintes en vertu de la *Loi sur les endroits sans fumée*

MINISTÈRE	Avril à mars 2006-2007	Avril à mars 2007-2008	Avril à mars 2008-2009
Santé publique	34 (69 %)	20 (77%)	14 (64%)
Sécurité publique	6 (12 %)	2 (8%)	2 (9%)
CSSIAT	9 (19 %)	4 (15%)	6 (27%)
Total de plaintes	**49**	**26**	**22**

La *Loi sur les ventes de tabac* réglemente la méthode de vente et détermine à qui peuvent être vendus les produits du tabac. Des vérifications de conformité et des achats leurres (vérifications de l'application) continuent d'être effectués pour s'assurer que les produits du tabac ne sont pas vendus aux jeunes âgés de moins de 19 ans. En 2008-2009, 1 994 vérifications de conformité ont été effectuées au total suivies d'achats leurres pour obtenir un taux de conformité d'environ 89 pour cent dans les deux cas. Ces efforts ont mené à sept accusations.

En janvier 2009, la *Loi sur les ventes de tabac* a été modifiée en vue d'interdire l'usage d'étalages muraux pour les produits de tabac. Les résultats d'inspection indiquent une bonne conformité avec cette modification de la *Loi*.

Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale

Plusieurs programmes gérés ou appuyés par la Division des services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires sont axés sur les activités de prévention et de promotion. Cela inclut des centres d'activités gérés par les clients situés dans l'ensemble de la province. Ils participent à diverses activités selon les besoins et les intérêts locaux. Ils favorisent l'intégration communautaire en offrant des activités sociales, professionnelles, récréatives et de promotion des droits. Ils aident les gens à devenir plus autonomes vis-à-vis des services officiels en leur offrant un soutien par les pairs, de l'information et de l'entraide. Au cours de l'exercice 2008-2009, les centres d'activités ont accueilli 1 633 participants distincts, ce qui représente une augmentation de trois pour cent par rapport à l'exercice précédent. De plus, il y a deux clubs, un à Saint John et un à Fredericton, où les clients de la santé mentale travaillent en partenariat avec des professionnels pour offrir des activités professionnelles et préprofessionnelles structurées et valables.

Le volet de la prévention et de la promotion comprend aussi un programme de gestion du stress en cas d'incident critique ayant pour but d'atténuer le stress traumatique lors d'un événement tragique. En 2008-2009, des équipes régionales

based Critical Incident Stress Management (CISM) teams were called upon to provide services to 601 individuals. Emergency services personnel were also involved in 47 debriefing sessions (26 debriefing, 10 defusing, one on-site intervention and 10 in-service education) related to various traumatic incidents such as road traffic accidents leading to deaths, attempted suicides and suicides, fire, threats and assaults.

Another initiative is the Suicide Prevention Program. The program's three main components are prevention, intervention, and post-vention. A Provincial Suicide Prevention Committee advises the Addiction and Mental Health Services Division with regard to suicide prevention activities. There are 14 regional suicide prevention committees with representatives from various government departments, non-profit, and private agencies.

The main goal of these regional committees is to educate and promote the well-being of the population through achieving a better understanding of the complexity of suicide. Some activities in place to achieve this goal are:

- Annual suicide prevention awareness month;
- Life promotion activities;
- Training for suicide intervention and suicide alertness to the general public and professionals;
- General suicide awareness presentations and activities in schools and communities at large.

de gestion du stress en cas d'incident critique ont fourni des services à 601 personnes. Le personnel des services d'urgence a participé à 47 séances de bilan (26 comptes rendus, 10 désamorçages, une intervention sur place et 10 séances de formation en cours d'emploi) sur divers incidents traumatiques comme des accidents mortels de la route, des tentatives de suicide, des suicides, des incendies, des menaces et des agressions.

Le Programme de prévention du suicide est une autre initiative. Il comprend trois volets : la prévention, l'intervention et la postvention. Le Comité provincial de prévention du suicide conseille la Division des services de traitement des dépendances et de santé mentale sur les activités de prévention du suicide. La province compte aussi 14 comités régionaux de prévention du suicide formés de représentants de divers ministères et organismes à but non lucratif et du secteur privé.

Ces comités régionaux ont pour but surtout de promouvoir le mieux-être de la population au moyen d'une meilleure compréhension de la complexité du suicide. Certaines activités mises en place permettent d'atteindre ce but :

- mois de la prévention du suicide;
- activités mettant en valeur la vie;
- formation en cas d'intervention en matière de suicide et alerte du grand public et des professionnels à ce sujet;
- présentations et activités générales de sensibilisation au suicide dans les écoles et les collectivités en général.

CORE BUSINESS AREA: PROVISION OF CARE

Ambulance Services

The department is responsible to plan, fund, monitor, set standards and provide medical direction for ambulance services. These responsibilities fall within the mandate of a new branch within the department, Health Emergency Management Services. The branch is responsible for managing the contract with a single company to operate ambulance services.

As provided for in the Provincial Health Plan, a new integrated, high performance, province wide ambulance services system under one operator was introduced in 2007-08. During the 2008-09 fiscal year, the branch focused on the following:

- management of a performance based contract between ANB and NB EMS to operate the provincial ambulance system;
- engagement of regional medical oversight physicians to support the provincial medical director in overseeing the clinical and patient care aspects of the ambulance system;
- enhancement of paramedic training and state-of-the-art equipment;
- addition of on site hours; and
- integration of the technologically upgraded air and land dispatch systems.

Land Ambulance

A new Part III company, Ambulance New Brunswick (ANB) has been established to deliver ambulance services and to contract with the private sector for management of the new system. A contract has been signed with a subsidiary company of Medavie Blue Cross (MBC), a proven industry expert, for the management of the system. The new company, New Brunswick Emergency Medical Services (NB EMS), manages the day to day operations of ANB.

Ambulance New Brunswick employs approximately 800 clinical personnel who provide patient care. Currently the system operates with these personnel as well as 133 ambulances in 71 stations.

Ambulances are deployed in response to calls placed over the New Brunswick 9-1-1 system and to transport patients between health care facilities. The total call volume for both 9-1-1 response and inter-hospital transfers has been increasing steadily over the past five years.

Central Dispatch System

The new centralized ambulance dispatch system, Medical Communication Management Centre (MCMC) is based in Moncton and dispatches all ambulances throughout New Brunswick.

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRESTATION DE SOINS

Services d'ambulance

Le ministère est chargé de planifier, de financer et de surveiller les services d'ambulance. Il doit aussi veiller à donner une orientation médicale à ces services et à établir des normes. Ces responsabilités s'inscrivent dans le mandat d'une nouvelle direction au sein du ministère, soit Services de gestion des interventions d'urgence. La direction est chargée de gérer le contrat comportant une seule entreprise qui dirige les services d'ambulance.

Comme le prévoyait le plan provincial de la santé du gouvernement, on a adopté en 2007-2008 un nouveau système d'ambulance provincial intégré et de haut rendement dirigé par un exploitant. Au cours de l'exercice 2008-2009, la direction s'est concentrée sur les aspects suivants :

- mise au point d'un contrat axé sur le rendement entre Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB) et Services médicaux d'urgence du Nouveau-Brunswick (SMU NB) concernant l'exploitation du système d'ambulance provincial;
- embauche de médecins de surveillance médicale régionale pour appuyer le directeur médical provincial chargé de surveiller les aspects de soins cliniques et des soins aux patients du système d'ambulance;
- amélioration de la formation des travailleurs paramédicaux et achat de matériel à la fine pointe de la technologie;
- ajout d'un nombre d'heures sur place;
- intégration des systèmes de répartition des ambulances aériennes et terrestres améliorés sur le plan technique.

Ambulance terrestre

Une nouvelle entreprise assujettie à la partie III des services publics, Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB), a été établie pour fournir les services d'ambulance et pour retenir les services, par contrat, du secteur privé afin d'assurer la gestion du nouveau système. Un contrat a été signé avec une filiale en propriété exclusive de Croix Bleue Medavie, spécialiste avéré de l'industrie, pour assurer la gestion du système. La nouvelle entreprise, Services médicaux d'urgence du Nouveau-Brunswick (SMU NB), gère les activités courantes d'ANB.

Ambulance Nouveau-Brunswick emploie environ 800 membres du personnel clinique qui prodiguent des soins aux patients. À l'heure actuelle, le système fonctionne avec cet effectif ainsi que 133 ambulances réparties dans 71 postes.

Les ambulances sont réparties en réponse aux appels effectués au service 911 du Nouveau-Brunswick et transportent également des patients entre les établissements de soins de santé. Le nombre total d'appels pour les interventions du 911 et de transferts entre les hôpitaux a augmenté constamment au cours des cinq dernières années.

Système central de répartition

Le système centralisé de répartition des ambulances connu sous le nom de Centre de coordination des transports médicaux (CCTM), situé à Moncton, fait la répartition de tous les services d'ambulance pour l'ensemble du Nouveau-Brunswick.

The Medical Communication Management Centre is one of the most technologically advanced dispatch centers of its type capable of providing rapid triaging and coordinated dispatching of ambulances across New Brunswick. Through the use of integrated digital mapping coupled with the enhanced capabilities of the 9-1-1 system, dispatchers are now able to know precisely where the caller is calling from when using a land-line, and are better able to utilize the closest vehicle to respond to an emergency.

Utilizing American Tritech's Computer Aided Dispatching (CAD) system and American Medical Priority Dispatch System triaging software, 9-1-1 calls are processed and dispatched to ambulances within 90 seconds.

Air Ambulance Service

The Air Ambulance Service is designed to achieve four key goals:

- to augment land ambulance inter-facility transports;
- to perform intra-provincial and inter-provincial critical care transports;
- to return patients from inter-provincial services; and
- to negate the necessity of relying on external air carriers to perform these functions.

The Air Ambulance Service also provides a critical care neo-natal transportation program for babies in need of urgent transportation.

Ambulance Procurement

The ambulance procurement system continues to provide a high quality fleet of vehicles. On an annual basis, the department, through Malley Industries, replaces between 20 and 25 per cent of the land ambulance fleet.

In 2008-09, the Department of Health entered into a Research and Development Agreement with Malley Industries Inc. Such Agreement is to fund research and development of future ambulance models.

Quality Assurance

The Quality Assurance (QA) Unit is responsible for ensuring that Ambulance New Brunswick complies with the Act, Regulations and Standards. This unit is also charged with the responsibility of monitoring and working with ANB to ensure compliance with their contractually required performance targets.

The inspection process conducted by the Quality Assurance Unit is designed to ensure the ambulance and all durable and disposable medical equipment comply with the Standards for Ambulance Services in New Brunswick. The Quality Assurance Unit has implemented a random inspection process of in-service ambulances which are completed un-announced at hospitals or roadside locations. The unit, working with the Medical Direction structure, perform random audits respecting patient care

Sur le plan technologique, le CCTM est l'un des centres de répartition les plus avancés de son genre. Il peut offrir un service de répartition coordonné des ambulances et de triage rapide dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick. Grâce à l'utilisation de la cartographie numérique intégrée, conjuguée avec les capacités améliorées du système 911, les répartiteurs peuvent maintenant savoir exactement à partir de quel endroit l'appelant appelle lorsqu'il utilise une ligne terrestre, et peuvent également mieux utiliser le véhicule le plus près pour répondre à une urgence.

Grâce au système de répartition assistée par ordinateur d'American Tritech et du logiciel de tri des appels médicaux prioritaires (American Medical Priority Dispatch System), les appels du service 911 sont traités et acheminés en moins de 90 secondes.

Service d'ambulance aérienne

Le service d'ambulance aérienne vise les quatre principaux objectifs suivants :

- accroître le transport terrestre entre les établissements;
- assurer le transport intraprovincial et interprovincial des patients en phase critique;
- transporter les patients ayant reçu des services interprovinciaux;
- supprimer le besoin de compter sur des transporteurs aériens externes pour exécuter ces fonctions.

Le Service d'ambulance aérienne fournit aussi un programme de transport d'urgence des nouveau-nés ayant besoin de soins critiques.

Achat d'ambulances

Le système d'approvisionnement en ambulances continue de fournir un parc de véhicules de qualité supérieure. Annuellement, le ministère, par l'entremise de Malley Industries, remplace environ 20 à 25 pour cent du parc de véhicules.

En 2008-2009, le ministère de la Santé a conclu une entente de recherche et de développement avec Malley Industries Inc. Cette entente doit servir à financer la recherche et le développement des modèles d'ambulance futurs.

Contrôle de la qualité

L'Unité de contrôle de la qualité, ou d'assurance de la qualité, (AQ) est chargée de s'assurer qu'Ambulance Nouveau-Brunswick respecte toutes les exigences de la loi, des règlements et des normes. L'unité est aussi chargée de surveiller ANB et de travailler avec elle pour s'assurer qu'elle respecte ses objectifs de rendement stipulés dans son contrat.

L'inspection menée par l'Unité de contrôle de la qualité vise à assurer que l'ambulance et le matériel médical durable et jetable sont conformes aux normes des Services d'ambulance du Nouveau-Brunswick. L'Unité de contrôle de la qualité effectue, dans les hôpitaux et les emplacements en bordure de la route, des inspections aléatoires sans préavis des ambulances internes. L'unité, en collaboration avec la structure de la direction médicale, effectue des vérifications au hasard des soins au patient pour assurer la conformité au protocole. Une inspection administrative est effectuée

to ensure protocol compliancy. An administrative inspection is conducted to review compliance with operational policies, paramedic recertification of advanced life support skills, vehicle maintenance, quality assurance reporting etc. All non-compliant issues identified during initial annual inspections are monitored for corrective action through additional follow up inspections.

The Quality Assurance Unit has worked with ANB to develop a facility inspection program to ensure safe, adequate and consistent condition of all ambulance stations. The program will follow a similar process of ambulance inspection with compliance time periods granted and follow-up inspections conducted.

Paramedic Skill Enhancement

The majority of providers are licensed as Primary Care Paramedics, the new minimum standard for entry level providers.

An Advanced Life Support (ALS) initiative was introduced in 2005-06 in order to provide ALS services on every ambulance in the province. The ALS initiative focused on providing paramedics with the skills to treat patients with cardiac, respiratory, and diabetic conditions. In addition, IV initiation, including the administration of fluids and medications, and an advanced airway device have been introduced to enhance the level of care provided. By the end of fiscal 2008-09, approximately 95 per cent of providers have been trained in these advanced skills.

A new MRx defibrillator was introduced during the 2007-08 fiscal period. This state-of-the-art device includes Q-CPR technology to improve the quality of CPR being delivered. It has many capabilities, including the transmission of 12-lead ECG information to receiving hospital facilities to be better prepared for cardiac patients. The medical direction structure is planning to introduce this capability in 2009-10.

Primary Health Care

The department recognizes the importance of a strong foundation in primary health care in the development of a self-sufficient and sustainable health care system for New Brunswickers. The Primary Health Care Framework is based on four pillars:

- Teams: teams of health care providers working with individuals to improve care;
- Information: information is coordinated between health care providers;
- Access: access is provided to the right care at the right time;
- Healthy Living: a focus on prevention and self-care to assist New Brunswickers in maintaining wellness through healthy living.

pour revoir la conformité aux modalités opérationnelles, la recertification des travailleurs paramédicaux en techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales, l'entretien des véhicules, les rapports d'assurance de la qualité, etc. Tous les cas de non-conformité dépistés pendant les premières inspections annuelles sont vérifiés en vue de la prise de mesures correctrices à l'aide d'autres inspections de suivi.

L'Unité de contrôle de la qualité a travaillé avec ANB pour mettre au point un programme d'inspection des installations afin d'assurer des conditions sécuritaires, satisfaisantes et uniformes de tous les postes d'ambulance. Le programme suivra un processus similaire d'inspection des ambulances en s'assurant de respecter les délais de conformité fixés et d'effectuer les inspections de suivi.

Accroissement des compétences des travailleurs paramédicaux

La majorité des fournisseurs ont un permis à titre de travailleurs paramédicaux en soins primaires, la nouvelle norme minimale pour les fournisseurs au niveau d'entrée.

L'initiative Techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales a été adoptée en 2005-2006 afin que chaque ambulance dans la province soit dotée des services de maintien des fonctions vitales. Cette initiative vise surtout à fournir aux travailleurs paramédicaux les compétences dont ils ont besoin pour traiter les patients atteints de maladies cardiaques, de maladies respiratoires et du diabète. De plus, les techniques de mise en place de l'IV, y compris l'administration de fluides et de médicaments, et de mise en place d'un dispositif aérien spécialisé ont été adoptées pour accroître le niveau de soins prodigués. D'ici la fin de l'exercice 2008-2009, environ 95 pour cent des fournisseurs auront reçu une formation dans ces habiletés avancées.

Un nouveau défibrillateur MRx a été introduit au cours de l'exercice 2007-2008. Cet appareil de pointe comporte la technologie Q-CPR en vue d'améliorer la qualité de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) pratiquée. Il est doté de nombreuses fonctionnalités, dont la transmission de l'information de l'ECG à 12 dérivations aux établissements hospitaliers d'accueil afin d'être mieux préparés pour recevoir les patients cardiaques. La structure de la direction médicale prévoit mettre en place cette capacité en 2009-2010.

Soins de santé primaires

Le ministère reconnaît l'importance d'une base solide en matière de soins de santé primaires dans l'établissement d'un système de soins de santé autosuffisant et viable pour les Néo-Brunswickois. Le Cadre de soins de santé primaires est fondé sur quatre piliers :

- Équipes : Les équipes de fournisseurs de soins de santé s'emploient, en collaboration avec d'autres personnes, à améliorer la qualité des soins.
- Information : L'information est coordonnée par les fournisseurs de soins de santé.
- Accès : Le patient a accès aux soins adéquats au bon moment.
- Modes de vie sains : L'accent sur la prévention et l'autogestion de la santé contribuent au maintien du bien-être des Néo-Brunswickois.

The Primary Health Care Branch within the Addictions, Mental Health and Primary Health Care Division provides on-going support for the provincial development and implementation of community health centres (CHCs), health service centres, a collaborative practice site (Gibson Health Clinic) and a primary health care network. The unit is also responsible for providing a professional training model for primary health care providers (Building a Better Tomorrow) as well as developing and leading the province's Chronic Disease Prevention and Management Strategy, managing the provincial Tele-Care Service and developing a provincial injury prevention framework.

Progress continues on redesign of a New Brunswick primary health care network. Resources have been invested into the preliminary development of two pilot projects. These pilots focus on development of skilled teams of providers, improving access to primary health services. Community input is a cornerstone in developing innovative approaches. A primary health care advisory committee made up of key stakeholders provides expertise and direction to the department on primary health care priorities and redesign.

Examples of chronic disease management initiatives include:

- Launched My Choices–My Health, a free support program designed to help individuals develop the skills needed to better manage the daily life challenges of living with chronic mental or physical health diseases. Classes are led by a team of two individuals who have experienced chronic disease personally or worked with those living with chronic disease. Future potential leaders are recruited from participants who have taken the classes with further training provided. The network of over 70 trained leaders offered 37 workshops throughout the province in both official languages between April 2008 and March 2009. The goal is to continue expanding the network of leaders so that more New Brunswickers may benefit from this unique and valuable program.

- Supported the Diabetes Expert Task Group, which provides advice and consultation to the department.

- Provided financial support to alternative community-based settings to provide primary health care services. This includes the UNB based Community Health Clinic in downtown Fredericton and the WestSide Wellness Center in Saint John. These exemplify the department's commitment to work with communities and other key stakeholders in building sustainable solutions.

La Direction des soins de santé primaires au sein des Services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires offre un soutien continu à l'établissement et à la mise en œuvre provinciale de centres de santé communautaires, de centres de services de santé, un lieu d'exercice de la profession en collaboration (clinique médicale Gibson) et un réseau de soins de santé primaires. L'unité est également chargée d'offrir un modèle de formation professionnelle pour les fournisseurs de soins de santé primaires (Bâtir un avenir meilleur) et d'établir et de diriger la Stratégie provinciale de gestion et de prévention des maladies chroniques, la gestion du service provincial de Télé-soins et l'élaboration d'un cadre provincial de prévention des blessures.

Les progrès continuent en ce qui concerne la nouvelle conception d'un réseau de soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. Des ressources ont été investies dans le développement préliminaire de deux projets pilotes. Ces projets pilotes visent à mettre sur pied des équipes qualifiées de fournisseurs, améliorant ainsi l'accès aux services de soins de santé primaires. La participation communautaire est la pierre angulaire qui permet d'établir des approches novatrices. Un comité consultatif de soins de santé primaires composé d'intervenants clés offre de l'expertise et une orientation au ministère sur les priorités en matière de soins de santé et la restructuration.

Exemples d'initiatives de gestion des maladies chroniques :

- Lancement de Mes choix – Ma santé, programme de soutien gratuit conçu pour aider les gens à acquérir les habiletés nécessaires afin de mieux gérer les difficultés de tous les jours éprouvées en raison des maladies mentales ou physiques chroniques. Les cours sont dirigés par une équipe de deux personnes qui sont elles-mêmes aux prises avec une maladie chronique ou qui travaillent avec des personnes atteintes d'une maladie chronique. Les animateurs potentiels futurs sont recrutés parmi les participants qui ont suivi les cours tout en recevant une formation supplémentaire. Le réseau composé de plus de 70 animateurs formés a organisé 37 ateliers dans les deux langues officielles partout dans la province entre avril 2008 et mars 2009. L'objectif consiste à agrandir le réseau d'animateurs pour qu'un plus grand nombre de Néo-Brunswickois profitent de ce programme unique et pratique.

- Soutien au Groupe d'experts sur le diabète qui fournira des avis et des conseils au ministère.

- Soutien financier à d'autres milieux communautaires pour qu'ils prodiguent des services de soins de santé primaires, notamment à la clinique de santé communautaire de l'Université du Nouveau-Brunswick au centre-ville de Fredericton et au Centre de mieux-être West Side de Saint John. Ce soutien démontre l'engagement du ministère à travailler avec les collectivités et d'autres intervenants clés pour mettre en place des solutions viables.

Community Health Centres

There are currently seven established community health centres (CHCs) in New Brunswick located in Dalhousie, Lamèque, Minto, Doaktown, Riverside-Albert, Saint John and one collaborative practice, the Gibson Health Clinic in Fredericton. The community health centres play an integral role in improving access to primary health care in New Brunswick. CHCs provide locations where people can go for everyday health care needs as well as to learn about healthy living and prevention of illness. There is ongoing activity and progress in each of the community health centres to fully integrate an electronic patient record. Together with the Regional Health Authorities, consistent approaches for cost-effective and efficient information management solutions are being developed. Two satellite community health center sites have also been opened to help improve access to francophone primary health care services. *Medisanté* in Saint John and the *Noreen Richard Centre* in Fredericton are located in the francophone community centers, respectively Samuel de Champlain and Centre Communautaire Sainte Anne. These satellite sites are helping to ensure efficient and effective access to primary care resources. A third satellite is being opened in Saint-Isidore to improve rural access to primary health care service and (in late Fall 2009). A new community health centre is currently under construction in Rexton.

Community partnership has remained a cornerstone in the operations of community health centres. The citizen groups in all communities that are supported by a CHC assist in facilitating an understanding of the health and wellness issues in their respective communities and in developing solutions that leverage local strengths and resources to create sustainable change.

In the past year, in addition to accommodating unscheduled primary care appointments, the community health centres have provided group services ranging from arthritis self-management classes to diabetic teaching and healthy living initiatives. Although each CHC develops a unique service profile to fit the needs of the community, there is a common "basket of services". Providers in community health centers include physicians, nurse practitioners, nurses, occupational therapists, physiotherapists, social workers, community development workers, respiratory therapists and dieticians as well as addiction and mental health workers. Citizens are able to see the health provider who is best able to address their needs and each health centre sets up operating hours that best fit with the needs of the community.

Health promotion and disease and injury prevention are integral components of services offered at the CHCs. The best practices of chronic disease prevention and management and client-centered care plans are a foundational principle of the CHCs. As much as possible, services are provided in the community, with all centres including or having access to phlebotomy (blood) and specimen collection services. In total, 56,957 New Brunswickers received care from the seven CHCs and one collaborative

Centres de santé communautaires

Le Nouveau-Brunswick compte actuellement sept centres de santé communautaires (CSC) : Dalhousie, Lamèque, Minto, Doaktown, Riverside-Albert, Saint John et un exercice de la profession en collaboration, la clinique médicale Gibson à Fredericton. Les centres de santé communautaires jouent un rôle intégral dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. Les gens peuvent se rendre à ces centres pour leurs besoins de soins de santé quotidiens et se renseigner sur les modes de vie sains et la prévention des maladies. Chacun de nos centres de santé communautaires connaît des activités continues et des progrès en vue de l'intégration complète du dossier électronique du patient. En collaboration avec les régies régionales de la santé, des approches uniformes pour des solutions de gestion de l'information efficaces et rentables sont en voie d'être élaborées. On a ouvert deux centres de santé communautaires satellites pour améliorer l'accès des francophones aux services de soins de santé primaires. Medisanté à Saint John et le Centre de santé Noreen-Richard à Fredericton sont situés dans les centres communautaires francophones, c'est-à-dire Samuel de Champlain et le Centre communautaire Sainte-Anne. Ces centres satellites contribuent à assurer un accès efficace et pratique aux ressources de soins de santé primaires. On est en train d'ouvrir un troisième centre satellite à Saint-Isidore pour améliorer l'accès rural au service de soins de santé primaires (à la fin de l'automne 2009). Un nouveau centre de santé communautaire est actuellement en construction à Rexton.

Le partenariat communautaire est demeuré une pierre angulaire des activités des centres de santé communautaires. Les groupes de citoyens dans les collectivités qui sont appuyés par les centres de santé communautaires contribuent à faciliter la compréhension des questions touchant à la santé et au mieux-être dans leurs collectivités respectives et à mettre au point des solutions reposant sur les forces et les ressources locales afin d'opérer des changements viables.

Au cours de la dernière année, en plus d'accepter des rendez-vous de soins primaires non prévus, les centres de santé communautaires ont offert des services de groupe, que ce soit des cours d'autogestion de l'arthrite, d'enseignement aux diabétiques ou des initiatives sur les habitudes de vie saines. Même si chaque CSC établit un profil de service unique pour répondre aux besoins de la collectivité, un panier commun de services est offert. Plusieurs fournisseurs travaillent au sein des centres de santé communautaires : médecins, infirmières praticiennes, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, travailleurs de développement communautaire, inhalothérapeutes et diététistes ainsi que travailleurs de la santé mentale et du traitement des dépendances. Les citoyens peuvent voir le fournisseur de soins qui est le plus apte à répondre à leurs besoins et chaque centre de santé fixe leurs heures d'ouverture de façon à mieux répondre aux besoins de la collectivité.

La promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures sont des éléments intégraux des services offerts aux CSC. Les méthodes exemplaires de prévention et de gestion des maladies chroniques et les plans de soins axés sur le client sont un principe de base des CSC. Dans la mesure du possible, les services sont dispensés dans la collectivité, tous les centres ayant accès à des services de phlébotomie (sang) et de prélèvement de spécimens. Au total, 56 957 Néo-Brunswickois ont bénéficié des soins de sept CSC et d'un exercice de la profession en collaboration. Le tableau

practice. The following table provides a breakdown of services provided in each facility.

suivant offre une répartition des services dispensés dans chaque établissement.

CHC 2008-09

Zone	Facility	Clients Served	Attendance Days	Telephone Contacts	Visits(1)	Total Activity(2)
RHA A Zone 5	**St. Joseph CHC**	10,312	0	0	44,434	44,434
RHA A Zone 6	**CSC de Lamèque**	6,984	3,904	2,458	51,284	57,646
	L'Enfant-Jésus RHSJ	15,859	9,927	480	71,493	81,900
Regional Health Authority A		33,155	13,831	2,938	167,211	183,980
RHA B Zone 1	**Albert County CHC**	1,723	1,253	9	14,164	15,426
RHA B Zone 2	**St. Joseph's CHC**	6,792	5,339	2,908	53,102	61,349
	Queens North CHC	5,307	1,641	122	34,224	35,987
RHA B Zone 3	**Central Miramichi CHC**	4,199	0	0	46,448	46,448
	Gibson Health Clinic	5,781	3,205	118	25,359	28,682
Regional Health Authority B		23,802	11,438	3,157	173,297	187,892
	Totals	**56,957**	**25,269**	**6,095**	**340,508**	**371,872**

Notes:
(1) **Visits** include visits to Nurses, Nurse Practitioner and Physician
(2) **Total Activity** includes **Attendance Days**, **Telephone Contacts** and **Visits**

CSC 2008-2009

Zone	Établissement	Clients desservis	Jours de fréquentation	Appels téléphoniques	Visites (1)	Activité (2) totale
RRS A – Zone 5	**CSC de St. Joseph**	10 312	0	0	44 434	44 434
RRS A – Zone 6	**CSC de Lamèque**	6 984	3 904	2 458	51 284	57 646
	L'Enfant Jésus RHSJ	15 859	9 927	480	71 493	81 900
Régie régionale de la santé A		33 155	13 831	2 938	167 211	183 980
RRS B – Zone 1	**CSC du comté d'Albert**	1 723	1 253	9	14 164	15 426
RRS B – Zone 2	**CSC de St. Joseph's**	6 792	5 339	2 908	53 102	61 349
	CSC de Queens nord	5 307	1 641	122	34 224	35 987
RRS B – Zone 3	**CSC de Miramichi centre**	4 199	0	0	46 448	46 448
	Clinique médicale Gibson	5 781	3 205	118	25 359	28 682
Régie régionale de la santé B		23 802	11 438	3 157	173 297	187 892
	Totaux	**56 957**	**25 269**	**6 095**	**340 508**	**371 872**

Nota :
(1) **Les visites** incluent les visites aux infirmières, aux infirmières praticiennes et aux médecins.
(2) **L'activité totale** inclut les **jours de fréquentation, les contacts téléphoniques** et les **visites**.

New Brunswick ranks fifth in Canada and above the national average in terms of the potential years of life lost due to injury. New Brunswick ranked fourth highest in terms of per capita health care costs associated with injury, also above the national average. The Economic Burden of Injury in Canada, published by the national non-profit organization SMARTRISK, noted that the direct health care costs of injury in New Brunswick were $285 million in 2004. Most injuries were unintentional in nature. New Brunswick's Department of Health, in collaboration with the RHAs and stakeholders in the province, is developing an injury prevention strategy and has joined forces with an Atlantic initiative, the Atlantic Collaborative on Injury Prevention (ACIP), to further leverage collective work being done around preventing unintentional injuries in the province.

Tele-Care and Health-Related Information Lines

Tele-Care (including symptom triage and the poison information line) has been available in both official languages, toll-free, province-wide, 24 hours a day, seven days a week, since February 1997. Tele-Care has since added and updated the following toll free lines and service offerings:

- The Rabies information line in September 1998
- The West Nile virus information line in May 2001
- The Tele-Library audiotape service in April 2003
- The Gambling information line was transferred from Regional Addiction Services in April 2003.
- The Organ and tissue donor screening line for health care professionals was launched in May 2004
- The Sexually transmitted infections information line in December 2005
- The Avian influenza component was added to the West Nile virus information line in July 2006. This line is now called the West Nile virus/avian influenza information line.
- The Patient information line – pathology review line was added in February 2008

Tele-Care uses the telephone to improve accessibility to health services and promote self-care. Nurses use standardized clinical guidelines, accessible through computer software, to rapidly identify callers' needs, triage symptoms, and to provide health advice, information, and referral to the appropriate level of care if necessary.

A formal evaluation of the Tele-Care service completed in 2008-09 demonstrated that one in five New Brunswick households uses the 24/7 bilingual service for health information. More than half of all calls (57 per cent) are made outside of physicians' regular

Le Nouveau-Brunswick se classe au cinquième rang au Canada et au-dessus de la moyenne nationale sur le plan des années potentielles de vie perdues en raison de blessures. Le Nouveau-Brunswick s'est classé au quatrième rang sur le plan des coûts de soins de santé par habitant associés aux blessures, aussi au-dessus de la moyenne nationale. Le rapport The Economic Burden of Injury in Canada, publié par un organisme national sans but lucratif SMARTRISK, fait remarquer que les coûts directs de soins de santé en raison des blessures au Nouveau-Brunswick étaient de 285 millions de dollars en 2004. La plupart des blessures sont de nature non intentionnelle. Le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, en collaboration avec les régies régionales de la santé et les intervenants de la province, est en train de mettre au point une stratégie de prévention des blessures; il a uni ses forces avec l'Atlantic Collaborative on Injury Prevention (ACIP), une initiative des provinces de l'Atlantique, afin de faire fructifier davantage le travail collectif effectué sur la prévention des blessures non intentionnelles dans la province.

Télé-soins et lignes d'information liées à la santé

Les services de Télé-soins, y compris le triage des symptômes et la ligne d'information antipoison sont disponibles dans les deux langues officielles, sans frais, dans toute la province, 24 heures sur 24, sept jours sur sept, depuis février 1997. Depuis, Télé-soins a ajouté et mis à jour les lignes téléphoniques sans frais et les offres de service suivants :

- La ligne d'information sur la rage en septembre 1998
- La ligne d'information sur le virus du Nil occidental en mai 2001
- Le service de ruban audio télé-bibliothèque en avril 2003
- La ligne d'information sur le jeu a été transférée à partir des Services de traitement des dépendances régionaux en avril 2003.
- La ligne de dépistage des donneurs d'organes et de tissus pour les professionnels de soins de santé a été lancée en mai 2004.
- La ligne d'information sur les infections transmises sexuellement en décembre 2005.
- La composante du virus de la grippe aviaire s'est ajoutée à la ligne d'information sur le virus du Nil occidental en juillet 2006. Cette ligne est maintenant appelée la ligne d'information sur le virus du Nil occidental et de la grippe aviaire.
- La ligne d'information sur les patients – examen de la pathologie a été ajoutée en février 2008.

Télé-soins utilise le téléphone pour améliorer l'accessibilité aux services de soins de santé et faire la promotion des soins autoadministrés. Les infirmières de Télé-soins utilisent des lignes directrices cliniques normalisées, accessibles à l'aide d'un logiciel informatique, pour déterminer rapidement les besoins de l'appelant, et les symptômes de triage et pour fournir des conseils, de l'information en matière de santé et diriger l'appelant vers un autre service au besoin.

Une évaluation officielle du service de Télé-soins terminée en 2008-2009 indique qu'un ménage néo-brunswickois sur cinq a recours au service bilingue 24 heures sur 24, sept jours sur sept pour obtenir de l'information sur la santé. Plus de la moitié des appels (57 pour cent) sont effectués en dehors

office hours. A third of all calls (33 per cent) were from a caregiver for a child and 18 per cent of callers report that they do not have a family physician. Of particular note was the frequency of callers who were able to self-mange their symptoms without seeking an elevated level of care such as physicians' office or emergency department (40 per cent). The service also demonstrated scalability and flexibility to respond to emergency community health care issues such as H1N1 Influenza, as well as being able to provide surveillance to assist in identifying clusters of illness in certain areas of the province.

Hospital Services

The Hospital Services Branch is responsible for ensuring the availability of appropriate, quality hospital services for the residents of New Brunswick. This includes responsibility for:

- the Hospital System Master Plan;
- approval of new or enhanced hospital services;
- development and maintenance of hospital program standards;
- funding and monitoring of the operational needs of the Regional Health Authorities.

Acute or hospital care is comprised of primary, secondary and tertiary care services delivered by the two Regional Health Authorities. Services are delivered in 51 facilities throughout the province. Hospital services generally include the following patient services which will vary according to the size of the facility and mandate: acute in-patient services, surgery, restorative/extended care services, outpatient ambulatory care, emergency services, laboratory medicine, diagnostic imaging and other diagnostic and therapeutic services. The Hospital Facilities – Assorted Data Table reports on key elements of hospital utilization, notably the use of in-patient, surgical and ambulatory services in the province.

Hospital Services are delivered in collaboration with other health care services within the region and inter-regionally, and function as an integral component of health care.

Governance changes in 2008 reduced the number of Regional Health Authorities from eight to two, and created FacilicorpNB, a shared service agency to provide nonclinical services to the Regional Health Authorities.

des heures de bureau normales du médecin. Un tiers de tous les appels (33 pour cent) provenaient d'un gardien d'enfants et 18 pour cent des appelants indiquaient qu'ils n'avaient pas de médecin de famille. Il est intéressant de signaler la fréquence des appelants qui étaient en mesure d'autogérer leurs symptômes sans solliciter un niveau plus élevé de soins comme le bureau du médecin ou le service d'urgence (40 pour cent). Le service a aussi fait preuve d'extensibilité et de flexibilité pour répondre aux problèmes de soins de santé communautaires urgents comme la grippe H1N1, tout en réussissant à assurer une surveillance pour déceler les grappes de cas dans certaines régions de la province.

Services hospitaliers

La Direction des services hospitaliers est chargée de veiller à ce que la population néo-brunswickoise dispose de services hospitaliers adéquats et de qualité. Ses responsabilités comprennent :

- le Plan directeur du système hospitalier;
- l'approbation de nouveaux services hospitaliers ou de services améliorés;
- l'élaboration et la mise à jour des normes relatives aux programmes hospitaliers;
- le financement et la surveillance des besoins opérationnels des régies régionales de la santé.

Les soins actifs ou hospitaliers englobent les services de soins primaires, secondaires et tertiaires dispensés par les deux régies régionales de la santé dans 51 établissements dans la province. Les services hospitaliers englobent habituellement les services de soins suivants aux patients, lesquels peuvent varier selon la taille de l'établissement et son mandat : les services de soins aigus aux patients hospitalisés, les services de chirurgie, les services de soins de rétablissement ou de soins prolongés, les soins ambulatoires en clinique externe, les services d'urgence, la médecine de laboratoire, l'imagerie diagnostique ainsi que d'autres services de diagnostic ou thérapeutiques. Le tableau « Établissements hospitaliers – données variées » présente les éléments clés de l'utilisation des ressources hospitalières, notamment l'utilisation des services aux patients hospitalisés ainsi que les services de soins chirurgicaux et ambulatoires dans la province.

Les services hospitaliers sont offerts conjointement avec d'autres services de soins de santé dans la région et entre les régions et sont une partie intégrante des soins de santé.

Les changements en matière de gouvernance en 2008 ont fait passer le nombre de régies régionales de la santé de huit à deux et ont donné lieu à la création de FacilicorpNB, organisme de services partagés chargé de fournir des services non cliniques aux régies régionales de la santé.

Hospital Facilities - assorted data

Hospital Facilities	Post Audit 2006-07	Post Audit 2007-08[11]	Preliminary Data 2008-09
Staffing			
Staff (FTEs) – Includes Acute Hospitals, Tertiary Rehab and Hospital Satellite Locations	14,633	15,096	15,257
Hospital Inpatient Separations			
Separations[8]	100,465	97,724	95,835
Number of Separations/1,000 Population	133.6	130.3	127.8
Total Length of Stay	973,061	990,178	1,002,084
Average Number of Days per Hospital Stay	9.7	10.1	10.5
Number of In-Hospital Deaths10	3,880	3,851	3,910
Surgical Episodes			
Surgical Episodes[1] - Inpatients	27,082	26,231	25,539
Surgical Episodes[1] - Day Surgery	44,122	42,817	43,972
Total Surgical Episodes	71,204	69,048	69,511
Percent of Surgical Episodes – Inpatient	38.0%	38.0%	36.7%
Percent of Surgical Episodes - Day Surgery	62.0%	62.0%	63.3%
Obstetrics			
Number of Deliveries	6,966	7,254	7,397
Number of Deliveries/1,000 Population[9]	9.3	9.7	9.9
Bed Occupancy			
Maximum Number of Beds in Operation[2, 3,4]	2,606	2,624	2,601
Actual Beds in Operation on April 1 Reported by RHAs[2, 3]	2,549	2,565	2,560
Average Daily Census[2, 3]	2,271	2,330	2,356
Average Occupancy per Day[2, 3]	89.1%	90.8%	92.0%
Average Number of Beds Occupied per Day/1,000 Population[9]	3.0	3.1	3.1
Emergency Room Visits			
Emergency Room Visits[5]	653,802	644,576	632,203
Number of ER Visits/1,000 Population[9]	869.4	859.7	843.2
Ambulatory Visits			
Outpatients Clinic Visits	653,240	697,100	726,674
Dialysis Visits	75,762	80,838	78,082
Oncology Clinic Visits	47,787	66,507	73,287
Number of Ambulatory Clinic Visits/1,000 Population[9]	864.1	929.7	969.2
Diagnostic Tests			
Laboratory Procedures (no. tests performed)[6]	17,060,257	17,675,930	19,508,585
Laboratory Procedures – Inpatient	3,563,965	3,660,781	4,080,580
Laboratory Procedures – Outpatient	13,496,292	14,015,149	15,428,005
Percent of Laboratory Procedures - Inpatient	21%	21%	21%
Percent of Laboratory Procedures - Outpatient	79%	79%	79%
Diagnostic Imaging - Total Exams/Procedures[7]	1,185,114	1,191,369	1,222,115
CT (computerized tomography) Scan Exams	132,664	138,007	145,155
MRI (magnetic resonance imaging) Exams	28,601	31,759	35,026
Cardiac Catheterization Exams	3,773	3,769	3,801

1. Surgical Episodes - all surgical episodes performed in the main operating room plus cesarean sections and cataract surgery performed in ambulatory care at the Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital.
2. Includes acute, rehab and chronic beds. Excludes bassinets, VAC, addictions and psychiatric facilities (Centracare, Restigouche Hospital Centre) and inpatients located in ER.
3. Includes two palliative beds at Queens North Health Complex.
4. Maximum beds in Operation reflect the number with Upper River Valley Hospital open.
5. Emergency Room visits exclude scheduled clinic visits conducted in ER.
6. Laboratory Procedures includes those exams referred-in to the RHA from other sources but excludes those procedures that are referred-out to an external source.
7. Diagnostic Imaging exams excludes exams performed in RHA B Cardiac Catheterization Lab.
8. Separations - includes acute, chronic, general and tertiary rehab care, VAC and psychiatric facilities.
9. Population - 2006/07 rate based on the 2005 population estimates prepared by Statistics Canada in March 2006; 2007/08 and 2008/09 rates based on the 2007 population estimates prepared by Statistics Canada in February 2008.
10. Includes deaths of patients who may have been non-residents of the Province of New Brunswick because they were hospitalized in one of our facilities. Excludes stillborns and patients who died in any ambulatory care setting.
11. Previous years data have been restated to reflect post audit data and the adjusted population estimates.

Données variées des établissements hospitaliers

Établissements hospitaliers	Postvérification 2006-2007	Postvérification 2007-2008[11]	Données préliminaires 2008-2009
Dotation en personnel			
Personnel (ÉTP) – Comprend hôpitaux de soins actifs, réadaptation tertiaire et hôpitaux satellites	14 633	15 096	15 257
Congés de l'hôpital des patients hospitalisés			
Congés de l'hôpital[8]	100 465	97 724	95 835
Nombre de congés pour 1 000 personnes	133,6	130,3	127,8
Durée totale du séjour à l'hôpital	973 061	990 178	1 002 084
Nombre moyen de jours par séjour à l'hôpital	9,7	10,1	10,5
Nombre de décès à l'hôpital[10]	3 880	3 851	3 910
Interventions chirurgicales			
Interventions chirurgicales[1] – Patients hospitalisés	27 082	26 231	25 539
Interventions chirurgicales[1] – Chirurgie d'un jour	44 122	42 817	43 972
Nombre total d'interventions chirurgicales	71 204	69 048	69 511
Pourcentage d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés	38,0 %	38,0 %	36,7 %
Pourcentage d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	62,0 %	62,0 %	63,3 %
Obstétrique			
Nombre d'accouchements	6 966	7 254	7 397
Nombre d'accouchements pour 1 000 personnes[9]	9,3	9,7	9,9
Occupation des lits			
Nombre maximal de lits disponibles[2, 3, 4]	2 606	2 624	2 601
Nombre de lits utilisés le 1er avril selon les RRS[2, 3]	2 549	2 565	2 560
Recensement quotidien moyen[2, 3]	2 271	2 330	2 356
Occupation moyenne par jour[2, 3]	89,1 %	90,8 %	92,0 %
Nombre moyen de lits occupés par jour pour 1 000 personnes[9]	3,0	3,1	3,1
Nombre de visites en salle d'urgence			
Nombre de visites en salle d'urgence[5]	653 802	644 576	632 203
Nombre de visites en salle d'urgence pour 1 000 personnes[9]	869,4	859,7	843,2
Nombre de visites en soins ambulatoires			
Nombre de visites à la clinique externe	653 240	697 100	726 674
Nombre de visites au service de dialyse	75 762	80 838	78 082
Nombre de visites à la clinique d'oncologie	47 787	66 507	73 287
Nombre de visites en soins ambulatoires pour 1 000 personnes[9]	864,1	929,7	969,2
Tests de diagnostic			
Procédures en laboratoire (nombre de tests effectués)[6]	17 060 257	17 675 930	19 508 585
Procédures en laboratoire – Patients hospitalisés	3 563 965	3 660 781	4 080 580
Procédures en laboratoire – Patients externes	13 496 292	14 015 149	15 428 005
Pourcentage de procédures en laboratoire – Patients hospitalisés	21 %	21 %	21 %
Pourcentage de procédures en laboratoire – Patients externes	79 %	79 %	79 %
Imagerie diagnostique – Total des examens/procédures[7]	1 185 114	1 191 369	1 222 115
Examens par tomodensitogramme (tomographie par ordinateur)	132 664	138 007	145 155
Examens par IRM (imagerie par résonance magnétique)	28 601	31 759	35 026
Examens par cathétérisme cardiaque	3 773	3 769	3 801

1. Interventions chirurgicales effectuées dans le bloc opératoire principal, y compris les césariennes et la chirurgie de la cataracte effectuées en soins ambulatoires à l'hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont.
2. Comprend les lits pour soins de réadaptation immédiats et chroniques. Exclut les berceaux, les établissements d'ACC, de psychiatrie et les centres de traitement des dépendances (Centracare, Centre hospitalier Restigouche) ainsi que les patients hospitalisés en salle d'urgence.
3. Comprend deux lits pour soins palliatifs au Complexe Queens North Health.
4. Le nombre maximal de lits disponibles reflète le nombre disponible avec l'ouverture de l'hôpital de la vallée du Haut Saint-Jean.
5. Les visites en salle d'urgence excluent les visites prévues aux cliniques tenues en salle d'urgence.
6. Les procédures de laboratoire incluent les examens dirigés vers la régie régionale de la santé par d'autres sources, mais excluent les procédures dirigées vers une source externe.
7. Les examens par imagerie diagnostique ne comprennent pas les examens effectués par le laboratoire de cathétérisme cardiaque de la Régie régionale de la santé 2.
8. Congés de l'hôpital – comprend les soins de réadaptation immédiats, chroniques, généraux et tertiaires, les établissements d'ACC et les établissements de psychiatrie.
9. Population – le taux de 2006-2007 est basé sur les estimations démographiques de 2005 préparées par Statistique Canada en mars 2006; les taux de 2007-2008 et de 2008-2009 sont basés sur les estimations démographiques de 2007 préparées par Statistique Canada en février 2008.
10. Comprend les décès de patients qui étaient peut-être des non-résidents de la province du Nouveau-Brunswick et qui étaient hospitalisés dans un de nos établissements. Exclut les bébés mort-nés et les patients qui sont décédés dans un contexte de soins ambulatoires.
11. Les données des années précédentes ont été recalculées pour refléter les données de postvérification et les estimations démographiques redressées.

Ten Most Frequent Diagnosis for Admissions

Fiscal Year 2008-09	Top 10 Most Responsible Diagnoses - Inpatients	Total Cases	Total Hospital Days	Average Length of Stay
1	Live born infants	*5,316*	12,359	**2.3**
2	Chronic obstructive lung disease	*3,182*	31,657	**9.9**
3	Acute myocardial infarction	*2,603*	12,897	**5.0**
4	Other medical care (e.g. palliative care, admitted for chemotherapy)	*2,545*	49,225	**19.3**
5	Pain in throat and chest	*1,971*	5,581	**2.8**
6	Heart failure	*1,882*	20,329	**10.8**
7	Perineal laceration during delivery	*1,628*	3,799	**2.3**
8	Pneumonia	*1,615*	12,548	**7.8**
9	Care involving use of rehabilitation procedures	*1,339*	60,124	**44.9**
10	Angina pectoris	*1,244*	5,644	**4.5**
		23,325		
Percentage of Total Separations		*24.3%*		

Dix diagnostics les plus fréquents entraînant une admission

Exercice 2008-2009	Dix principaux diagnostics entraînant l'hospitalisation d'un patient	N^bre^ total de cas	Nombre total de jours de séjour	Durée moyenne du séjour
1	Nourrissons nés vivants	*5 316*	12 359	**2,3**
2	Bronchopneumopathie chronique obstructive	*3 182*	31 657	**9,9**
3	Infarctus aigu du myocarde	*2 603*	12 897	**5,0**
4	Autres soins médicaux (p. ex. : soins palliatifs, admis à des fins de chimiothérapie)	*2 545*	49 225	**19,3**
5	Douleur à la gorge et à la poitrine	*1 971*	5 581	**2,8**
6	Insuffisance cardiaque	*1 882*	20 329	**10,8**
7	Lacération du périnée durant l'accouchement	*1 628*	3 799	**2,3**
8	Pneumonie	*1 615*	12 548	**7,8**
9	Soins nécessitant des processus de réadaptation	*1 339*	60 124	**44,9**
10	Angine de poitrine	*1 244*	5 644	**4,5**
		23 325		
	Pourcentage du total de sorties de l'hôpital	*24,3 %*		

Ten Most Frequent Surgeries for Admitted Patients

Fiscal Year 2008-09	Top 10 Surgical Episodes - Inpatients	Total Cases
1	Cesarean sections	*2,053*
2	Excision total, gallbladder (cholecystectomy)	*1,123*
3	Implantation of prosthesis - knee joint (knee replacement)	*1,109*
4	Excision total, uterus (hysterectomy)	*1,062*
5	Implantation of prosthesis - hip joint (hip replacement)	*996*
6	Excision total, appendix (appendectomy)	*760*
7	Excision partial, prostate (prostatectomy)	*667*
8	Repair, muscles of the chest and abdomen (hernia)	*571*
9	Excision total, tonsils and adenoids (tonsillectomy and adenoidectomy)	*555*
10	Bypass, coronary arteries (CABG)	*517*
		9,413
	Percentage of Total Surgical Episodes – In-patients	*36.9%*

Dix chirurgies les plus fréquentes pour les patients admis

Exercice 2008-2009	Dix principales interventions chirurgicales - Patients hospitalisés	N^bre^ total de cas
1	Césarienne	*2 053*
2	Excision totale, vésicule biliaire (cholécystectomie)	*1 123*
3	Implant d'une prothèse – articulation du genou (arthroplastie du genou)	*1 109*
4	Excision totale, utérus (hystérectomie)	*1 062*
5	Implant d'une prothèse – articulation de la hanche (arthroplastie de la hanche)	*996*
6	Excision totale, appendice (appendicectomie)	*760*
7	Excision partielle, prostate (prostatectomie)	*667*
8	Réparation, muscles de la cage thoracique et de l'abdomen (hernie)	*571*
9	Excision totale, amygdales et adénoïdes (amygdalectomie et adénoïdectomie)	*555*
10	Pontage aortocoronarien, artères coronariennes (PASP)	*517*
		9 413
	Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés	*36,9 %*

Ten Most Frequent Surgeries in Day Surgery

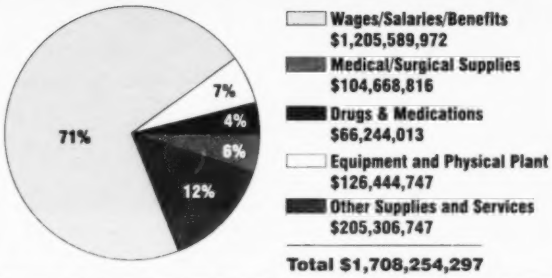
Fiscal Year 2008-09	Top 10 Surgical Episodes - Inpatients	Total Cases
1	Excision total, lens (cataract surgery)	*9,125*
2	Inspection bladder (cystoscopy)	*3,683*
3	Repair, muscles of the chest and abdomen (hernia repair)	*2,093*
4	Implantation of tubes - tympanic membrane	*1,180*
5	Repair, knee joint	*1,179*
6	Excision total, gallbladder (cholecystectomy)	*1,112*
7	Restoration, tooth	*789*
8	Excision partial, breast	*762*
9	Excision partial, uterus (dilation and curettage)	*760*
10	Release, nerve(s) of forearm and wrist (carpal tunnel)	*725*
		21,408
	Percentage of Total Surgical Episodes - Day surgery	*48.7%*

Dix chirurgies les plus fréquentes – Chirurgie d'un jour

Exercice 2008-2009	Dix principales interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	N^bre^ total de cas
1	Excision totale, cristallin (chirurgie de la cataracte)	*9 125*
2	Examen de la vessie (cystoscopie)	*3 683*
3	Réparation, muscles de la cage thoracique et de l'abdomen (réparation d'une hernie)	*2 093*
4	Insertion de tubes – membrane tympanique	*1 180*
5	Arthroplastie – genou	*1 179*
6	Excision totale, vésicule biliaire (cholécystectomie)	*1 112*
7	Restauration – dent	*789*
8	Excision partielle – sein	*762*
9	Excision totale, utérus (dilatation et curetage)	*760*
10	Libération, nerf ou nerfs de l'avant-bras et du poignet (canal carpien)	*725*
		21 408
	Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	*48,7 %*

Total hospital related expenditures incurred by Regional Health Authorities for 2008-09 were almost $1.7 billion. The following table depicts the overall distribution of expenditures relative to compensation, medical and surgical supplies, drugs, small equipment and other.

Distribution of RHA expenditures 2008-09



Cardiac Care Program

During 2008-09, the provincial Cardiac Services Advisory Committee continued to fulfil its role, reviewing and advising on issues related to program development, quality improvement, access and efficiency of service delivery. Highlights include:

- Regular monitoring of both inpatient and outpatient wait times for Cardiac Catheterization has continued.
- In response to exponential growth in the wait list, enhancements to cardiac surgery were recommended and approved by government.

Mobile Lithotripsy Services

Lithotripsy is an effective non-surgical procedure to disintegrate renal calculi (kidney stones). It may be used as a preventive measure as well as an urgent intervention. Providing timely intervention with lithotripsy when renal calculi are first diagnosed can prevent visits to the emergency room and more invasive and costly surgical procedures.

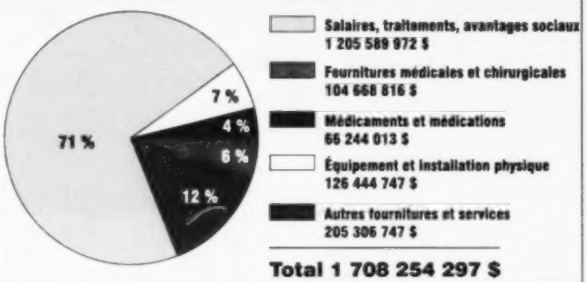
A mobile lithotripsy service has operated in New Brunswick since 1994. The equipment and technical support is provided by a third party private contractor. Continuing this partnership, this treatment is now provided by urologists in all zones of the province.

Dialysis Services

- Currently there are four hemodialysis units in New Brunswick. These are located in Moncton (Dr. Georges L. Dumont Hospital), Saint John, Edmundston and Bathurst. In addition, there are six satellite dialysis units located in Miramichi, Sussex, Fredericton, Upper River Valley, Tracadie-Sheila and Dalhousie.
- In October 2008, the satellite dialysis unit in Miramichi completed an expansion of approximately 3,000 square feet. This allowed an increase in the number of stations from six to twelve in order to accommodate growing patient volume.

Les dépenses totales des soins hospitaliers engagées par les régies régionales de la santé en 2008-2009 se sont élevées à presque 1,7 milliard de dollars. Le tableau suivant présente la répartition globale des dépenses relatives à la rémunération, aux fournitures médicales et chirurgicales, aux médicaments, aux petits équipements et autres.

Répartition des dépenses des RRS 2008-2009



Programme de soins cardiaques

En 2008-2009, le Comité consultatif provincial sur les services cardiaques a continué d'exercer son rôle, examinant les enjeux relatifs à l'élaboration des programmes, à l'amélioration de la qualité, à l'accès et à l'efficacité de la prestation des services. Voici les faits saillants :

- Surveillance régulière des temps d'attente concernant le cathétérisme cardiaque chez les patients hospitalisés et les patients en clinique externe.
- En réponse à la croissance exponentielle de la liste d'attente, le gouvernement a recommandé et approuvé des améliorations à apporter à la chirurgie cardiaque.

Services mobiles de lithotritie

La lithotritie est une intervention non chirurgicale efficace pour désintégrer les calculs rénaux. On peut l'utiliser comme mesure préventive ainsi que comme intervention urgente. Lorsque l'intervention est effectuée à temps au moment du premier diagnostic de calculs rénaux, le patient peut éviter de visiter la salle d'urgence ainsi que des interventions chirurgicales plus coûteuses et plus effractives.

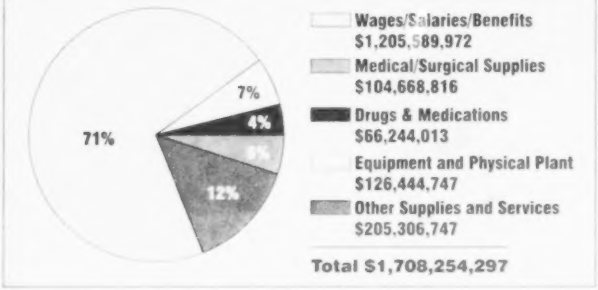
Un service mobile de lithotripsie fonctionne au Nouveau-Brunswick depuis 1994. L'équipement et le soutien technique sont offerts par une tierce entreprise privée. En poursuivant ce partenariat, ce traitement est maintenant offert par les urologues dans toutes les zones de la province.

Services de dialyse

- Actuellement, le Nouveau-Brunswick compte quatre services d'hémodialyse. Ils se situent à Moncton (hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont), à Saint John, à Edmundston et à Bathurst. En outre, il y a six services satellites de dialyse situés à Miramichi, à Sussex, à Fredericton, dans la vallée du Haut-Saint-Jean, à Tracadie-Sheila et à Dalhousie.
- En octobre 2008, le service satellite de dialyse à Miramichi a subi un agrandissement d'environ 3 000 pieds carrés. Le nombre de stations est ainsi passé de six à douze afin satisfaire le volume croissant de patients.

Total hospital related expenditures incurred by Regional Health Authorities for 2008-09 were almost $1.7 billion. The following table depicts the overall distribution of expenditures relative to compensation, medical and surgical supplies, drugs, small equipment and other.

Distribution of RHA expenditures 2008-09



Cardiac Care Program

During 2008-09, the provincial Cardiac Services Advisory Committee continued to fulfil its role, reviewing and advising on issues related to program development, quality improvement, access and efficiency of service delivery. Highlights include:

- Regular monitoring of both inpatient and outpatient wait times for Cardiac Catheterization has continued.
- In response to exponential growth in the wait list, enhancements to cardiac surgery were recommended and approved by government.

Mobile Lithotripsy Services

Lithotripsy is an effective non-surgical procedure to disintegrate renal calculi (kidney stones). It may be used as a preventive measure as well as an urgent intervention. Providing timely intervention with lithotripsy when renal calculi are first diagnosed can prevent visits to the emergency room and more invasive and costly surgical procedures.

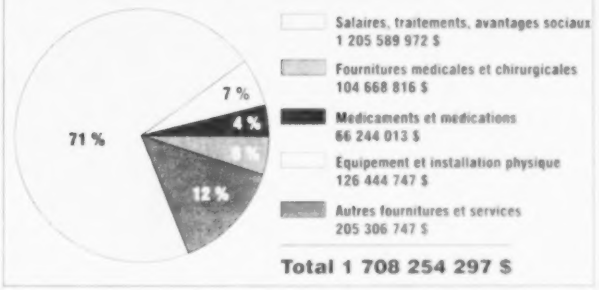
A mobile lithotripsy service has operated in New Brunswick since 1994. The equipment and technical support is provided by a third party private contractor. Continuing this partnership, this treatment is now provided by urologists in all zones of the province.

Dialysis Services

- Currently there are four hemodialysis units in New Brunswick. These are located in Moncton (Dr. Georges L. Dumont Hospital), Saint John, Edmundston and Bathurst. In addition, there are six satellite dialysis units located in Miramichi, Sussex, Fredericton, Upper River Valley, Tracadie-Sheila and Dalhousie.
- In October 2008, the satellite dialysis unit in Miramichi completed an expansion of approximately 3,000 square feet. This allowed an increase in the number of stations from six to twelve in order to accommodate growing patient volume.

Les dépenses totales des soins hospitaliers engagées par les régies régionales de la santé en 2008-2009 se sont élevées à presque 1,7 milliard de dollars. Le tableau suivant présente la répartition globale des dépenses relatives à la rémunération, aux fournitures médicales et chirurgicales, aux médicaments, aux petits équipements et autres.

Répartition des dépenses des RRS 2008-2009



Programme de soins cardiaques

En 2008-2009, le Comité consultatif provincial sur les services cardiaques a continué d'exercer son rôle, examinant les enjeux relatifs à l'élaboration des programmes, à l'amélioration de la qualité, à l'accès et à l'efficacité de la prestation des services. Voici les faits saillants :

- Surveillance régulière des temps d'attente concernant le cathétérisme cardiaque chez les patients hospitalisés et les patients en clinique externe.
- En réponse à la croissance exponentielle de la liste d'attente, le gouvernement a recommandé et approuvé des améliorations à apporter à la chirurgie cardiaque.

Services mobiles de lithotritie

La lithotritie est une intervention non chirurgicale efficace pour désintégrer les calculs rénaux. On peut l'utiliser comme mesure préventive ainsi que comme intervention urgente. Lorsque l'intervention est effectuée à temps au moment du premier diagnostic de calculs rénaux, le patient peut éviter de visiter la salle d'urgence ainsi que des interventions chirurgicales plus coûteuses et plus effractives.

Un service mobile de lithotripsie fonctionne au Nouveau-Brunswick depuis 1994. L'équipement et le soutien technique sont offerts par une tierce entreprise privée. En poursuivant ce partenariat, ce traitement est maintenant offert par les urologues dans toutes les zones de la province.

Services de dialyse

- Actuellement, le Nouveau-Brunswick compte quatre services d'hémodialyse. Ils se situent à Moncton (hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont), à Saint John, à Edmundston et à Bathurst. En outre, il y a six services satellites de dialyse situés à Miramichi, à Sussex, à Fredericton, dans la vallée du Haut-Saint-Jean, à Tracadie-Sheila et à Dalhousie.
- En octobre 2008, le service satellite de dialyse à Miramichi a subi un agrandissement d'environ 3 000 pieds carrés. Le nombre de stations est ainsi passé de six à douze afin satisfaire le volume croissant de patients.

Provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service

Since 2005-06, a provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service Team is in place at the Dr. Georges-L.-Dumont Regional Hospital in Moncton. Until then, New Brunswick residents who had this condition were followed by a team in Nova Scotia.

PKU is an inborn error of metabolism which prevents the appropriate metabolism of phenylalanine, one of protein's building blocks, and thus builds up in the blood (hyperphenylalaninemia) and leads to severe neurological disorders such as delayed brain development. A strict diet from birth will prevent irreversible brain damage.

The multidisciplinary team at the Dumont Hospital provides comprehensive and consistent province wide, day-to-day treatment to all PKU clients and milder cases of hyperphenylalaninemia. Besides providing services out of Dumont Hospital and at regional outreach clinics, this on-going care involves telephone counseling and home visitation as necessary.

The multidisciplinary team consists of one pediatrician, a family physician, a dietitian, a nurse, a psychologist, a social worker, a program coordinator and administrative support staff. An endocrinologist and a gynecologist also provide consultation as needed.

On April 1, 2008, the PKU team became the new service provider for PKU medical formulas and specialized nutritional foods. In April, the PKU team also started managing the ordering and delivery of specimen collection cards and prepaid special envelopes for their patients. A new mail delivery process for dried blood specimen sent by families to the IWK laboratory in Halifax was introduced in response to Canada Post's regulations. In 2008-09 a third annual picnic was organized to encourage communication between the PKU families and to foster a sense of "belonging". A newsletter with information for PKU families continues to be published twice a year. The PKU team worked collaboratively with the IWK laboratory to improve the turnaround time for blood analysis in order to facilitate treatment and improve outcomes. Information sessions on PKU were given to families, a school, a nursing home and some Social Development staff. A new nutrition treatment protocol and patient educational materials were developed. The PKU team now collaborates with a new Canadian non-profit association of volunteers called the Canadian PKU and Allied Disorders Inc. organized in the spring of 2008 to advocate for affected families.

Eighty-six New Brunswick residents have PKU and eight have milder hyperphenylalaninemia. A number of older adults were previously untreated or late-treated, and others have abandoned treatment. The PKU team's efforts to encourage these individuals to initiate or return to treatment are starting to pay off since there was a remarkable increase in the number of patients seen at regional clinics.

Service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU)

Depuis 2005-2006, un nouveau service de gestion provincial de la phénylcétonurie (PCU) est en place à l'hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont, à Moncton. Jusque-là, les résidents du Nouveau-Brunswick touchés par cette condition étaient suivis par une équipe de la Nouvelle-Écosse.

La PCU est une erreur innée du métabolisme qui empêche la métabolisation appropriée de la phénylalanine, un des éléments constitutifs de la protéine, qui s'accumule dans le sang (hyperphénylalaninémie), entraînant ainsi des troubles neurologiques graves, comme un retard de développement du cerveau. Un régime alimentaire strict dès la naissance préviendra des dommages irréversibles au cerveau.

L'équipe multidisciplinaire de l'hôpital Dr-Georges-L.-Dumont offre un traitement quotidien complet et continu à l'échelle provinciale à tous les patients atteints de la PCU et à tous ceux atteints d'une forme plus légère d'hyperphénylalaninémie. Outre les services à l'hôpital et dans les cliniques régionales, ces soins continus comprennent les visites à domicile et le counseling par téléphone au besoin.

L'équipe multidisciplinaire en place se compose d'un pédiatre, d'un médecin de famille, d'un diététiste, d'une infirmière, d'un psychologue, d'un travailleur social, d'un coordonnateur de programme et du personnel de soutien administratif. Un endocrinologue et un gynécologue offrent également des services de consultation au besoin.

Le 1er avril 2008, l'équipe de la PCU est devenue le nouveau fournisseur de services pour les préparations médicales et les aliments nutritionnels spéciaux en cas de PCU. En avril, l'équipe de la PCU a aussi commencé à gérer la commande et la livraison de cartes de prélèvement des échantillons et d'enveloppes spéciales prépayées pour leurs patients. Un nouveau processus de livraison du courrier pour l'échantillon de sang séché envoyé par les familles au laboratoire IWK à Halifax a été lancé pour répondre à la réglementation de Postes Canada. En 2008-2009, un troisième pique-nique annuel a été organisé afin d'encourager la communication entre les familles touchées par la PCU et de susciter un sentiment d'appartenance. Un bulletin d'information à l'intention des familles touchées par la PCU continue d'être publié deux fois par année. L'équipe de la PCU a travaillé en collaboration avec le laboratoire IWK afin de raccourcir le délai d'exécution des analyses de sang pour ainsi faciliter le traitement et améliorer les résultats. Des séances d'information sur la PCU ont été offertes à des familles, à une école, à un foyer de soins et à certains membres du personnel de Développement social. Un nouveau protocole de nutrition et des documents d'information pour les patients ont été mis au point. L'équipe de la PCU collabore maintenant avec une nouvelle association canadienne à but non lucratif composée de bénévoles et appelée la Canadian PKU and Allied Disorders Inc., organisée au printemps 2008 pour défendre les intérêts des familles atteintes par ce trouble.

Quatre-vingt-six résidents du Nouveau-Brunswick ont reçu le diagnostic de la PCU. Huit sont atteints d'une forme plus légère d'hyperphénylalaninémie. Des adultes plus âgés n'étaient pas traités auparavant ou ont été traités tardivement et d'autres ont abandonné le traitement. Les efforts de l'équipe de la PCU en vue d'encourager ces personnes à prendre ou à reprendre le traitement commencent à porter ses fruits, puisqu'il y a eu une hausse remarquable du nombre de patients qui ont été vus aux cliniques régionales.

Surgical Access Management

The principles of surgical access management include fairness, appropriateness and certainty with the goal of ensuring New Brunswickers have timely access to surgical services.

New Brunswick Surgical Care Network

A surgical care network was developed in 2005 to monitor and make recommendations regarding the surgical access management initiatives. The organizational structure was modified in 2008 to better reflect the work accomplished and future direction of the surgical access management initiative. The network includes an advisory committee (New Brunswick Surgical Care Network [NBSCN] Advisory Committee) that reports to the Deputy Minister of Health. This committee is responsible for the planning and management of surgical services in New Brunswick; standards development and performance monitoring; communication and public awareness. There are two subcommittees: Surgical Services Subcommittee which is responsible for all issues related to the provision of surgical services in the province; and Provincial Surgical Access Registry Operations Committee which is responsible for issues related to the provincial surgical access registry. The three committees of the New Brunswick Surgical Care Network (NBSCN) continue to work toward improving surgical access.

Surgical Access Management Initiative

The surgical access management initiative in New Brunswick is well underway. It involves a number of solutions to improve access and reduce waiting times. Recognizing that waiting can occur at many points along the path of care, the initiative focuses on the time from when the decision is made to proceed with surgery and the surgical request has been received by OR booking/scheduling at the respective facility, to when the surgery is performed.

Surgery Operational Review

The recommendations from the provincial surgery operational review are almost completed at each of our sites that provide surgery. The remaining ones reflect technology changes that will need to be budgeted for provincially (provincial perioperative system and a provincial tracking system). The goal is to improve efficiencies thereby improving access to surgery. In March 2009 a surgery operational review commenced at our newest hospital.

New Brunswick Surgical Care Network Public Web Page

The NBSCN public webpage Surgery New Brunswick found at www.gnb.ca/health was revamped in July 2008. This has provided easier and timelier access to surgical wait time data. The data is updated on a quarterly basis from the provincial surgical access registry. Visitors to the site can select the wait time data they would like to view. The provincial pre-operative screening questionnaire is available for patients to complete and print to take to their visit with their surgeon. The public webpage has reports on wait times provincially, by each of the 16 hospitals, 12 surgical specialties, 13 high volume surgical

Gestion de l'accès aux services de chirurgie

Les principes de la gestion de l'accès aux services de chirurgie sont l'équité, la pertinence et la certitude dans l'objectif d'assurer à la population du Nouveau-Brunswick l'accès opportun à des services de chirurgie.

Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick

Un réseau d'accès aux soins chirurgicaux a été mis en place en 2005 afin de surveiller les initiatives de gestion de l'accès aux services de chirurgie et de faire des recommandations. La structure organisationnelle a été modifiée en 2008 afin de mieux refléter le travail accompli et l'orientation future de l'initiative de gestion de l'accès aux services de chirurgie. Le réseau inclut un comité consultatif (comité consultatif du Réseau des soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick [RSCNB] qui doit rendre des comptes au sous-ministre de la Santé. Ce comité est chargé de la planification et de la gestion des services chirurgicaux au Nouveau-Brunswick, de l'élaboration des normes et du suivi du rendement, de la communication et de la sensibilisation du public. Il y a deux sous-comités : le sous-comité des services chirurgicaux qui est responsable de toutes les questions relatives à la prestation des services chirurgicaux dans la province et le comité des opérations du registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux qui est responsable des questions liées au registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux. Les trois comités du Réseau des soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick (RASCNB) continuent de travailler en vue d'améliorer l'accès aux soins chirurgicaux.

Initiative de gestion de l'accès aux services de chirurgie

L'initiative de gestion de l'accès aux services de chirurgie au Nouveau-Brunswick est bien en cours. Elle comporte plusieurs solutions pour améliorer l'accès et réduire les délais d'attente. Étant donné que l'attente peut survenir à de nombreux points dans l'accès aux soins, l'initiative couvre la période entre le moment où la décision est prise de procéder avec la chirurgie et où la demande de chirurgie est reçue par le bureau de réservation ou de planification de la salle d'opération de l'établissement en question et le moment où la chirurgie est effectuée.

Revue des activités de chirurgie

Les recommandations découlant de la revue des activités de chirurgie à l'échelle provinciale sont presque terminées à chaque endroit où se pratique la chirurgie. Les autres recommandations reflètent les changements technologiques qui devront être prévus au budget à l'échelle provinciale (système préopératoire provincial et système de suivi provincial). L'objectif consiste à augmenter l'efficacité, améliorant ainsi l'accès à la chirurgie. En mars 2009, une revue des activités de chirurgie a commencé à notre hôpital le plus neuf.

Page Web du Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick

La page Web du RASCNB Chirurgie Nouveau-Brunswick accessible à l'adresse www.gnb.ca\santé ca a été remanié en juillet 2008. Ce remaniement a permis un accès plus facile et plus opportun aux données sur les temps d'attente en chirurgie. Les données sont mises à jour sur une base trimestrielle à partir du registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux. Les visiteurs au site peuvent sélectionner les données sur les temps d'attente qu'ils veulent voir. Le questionnaire provincial d'examen préopératoire est mis à la disposition des patients pour qu'ils puissent le remplir et l'imprimer afin de l'apporter avec eux lors de leur visite chez le chirurgien. La page Web du RASCNB contient des rapports

procedures and nine high volume cancer surgeries; and has the progress on the 2009 New Brunswick wait time targets.

Review of Surgery Performed On an In-patient And / Or Ambulatory Basis
The Regional Health Authorities continue to work toward increasing their volume of surgery performed on an ambulatory basis. The goal is to move toward best practice, which is to a minimum of 70 per cent surgical procedures in ambulatory surgery.

Pre-Operative Screening
A standardized provincial approach for pre-operative screening was implemented in 2008. 100 per cent of patients scheduled for surgery are screened by pre-operative screening nurses in advance of their surgical date. Each patient is prepared for their surgery with teaching and diagnostic testing based on their individual needs. The nurses utilize the information that the patient provides on their pre-operative screening questionnaire and the clinical algorithm that was developed by anesthesiologists from across the province.

Access Managers
The access manager at each Regional Hospital is an important resource for patients waiting for surgery; they are able to address concerns and to provide wait time information. Access managers work with the surgical team and senior management in their respective Regional Health Authorities toward continuous improvement of surgical access. The goal is to improve the access and understanding of surgical wait time information for surgeons, administration and patients waiting for surgery.

OR Governance
There is an OR governance structure in place for each Regional Hospital that is focused on the perioperative components of their respective surgery program. Each governance structure has accountabilities that are patient centred and focus on collaboration, cooperation, compliance and accountability. They are responsible for their respective surgery programs.

Provincial Surgical Access Registry
The provincial surgical access registry which was implemented across the province in 2007 is a data repository of all patients waiting for surgery in New Brunswick. The registry utilizes specialty specific surgical prioritization tools which were developed by New Brunswick surgeons to determine a patient's priority through the use of objective criteria. A patient's wait time is appropriately based on their condition. This provides a sense of certainty in knowing how long a patient can expect to wait for their surgery.

The wait time data from the provincial surgical access registry is utilized by surgeons and surgical programs to improve wait times for patients. Uses include: scheduling patients for surgery, allocating operating

sur les temps d'attente à l'échelle provinciale pour chacun des 16 hôpitaux, chacune des 12 spécialités chirurgicales, chacune des 13 interventions chirurgicales les plus pratiquées et chacune des neuf chirurgies du cancer les plus pratiquées. Il publie des rapports sur l'état d'avancement des cibles en temps d'attente du Nouveau-Brunswick pour 2009.

Examen des chirurgies pratiquées sur des patients hospitalisés ou ambulatoires
Les régies régionales de la santé continuent d'essayer d'accroître leur volume d'interventions chirurgicales effectuées en chirurgie ambulatoire. Le but est d'adopter une pratique exemplaire qui consiste à effectuer un minimum de 70 pour cent des interventions chirurgicales en chirurgie ambulatoire.

Examen préopératoire
Une approche provinciale standardisée pour l'examen préopératoire a été mise en œuvre en 2008. La totalité des patients qui doivent subir une chirurgie sont examinés par des infirmières en soins préopératoires avant la date de chirurgie. Chaque patient est préparé en fonction de sa chirurgie, dont la formation et l'épreuve diagnostique sont basées sur ses besoins individuels. Les infirmières utilisent les renseignements que le patient fournit dans son questionnaire d'examen préopératoire et l'algorithme clinique préparé par des anesthésistes de partout dans la province.

Gestionnaires de l'accès
Le gestionnaire de l'accès à chacun des hôpitaux régionaux est une ressource importante pour les patients qui attendent une chirurgie. Il est en mesure de traiter des préoccupations et de fournir des renseignements sur les temps d'attente. Les gestionnaires de l'accès travaillent avec l'équipe de chirurgie et la haute direction dans leurs régies régionales de la santé respectives vers une amélioration continue de l'accès aux soins chirurgicaux. Le but est d'améliorer l'accès et la compréhension de l'information entourant les temps d'attente en matière de chirurgie, et ce, dans l'intérêt des chirurgiens, de l'administration et des patients en attente d'une intervention chirurgicale.

Régie de la salle d'opération
Une structure de régie de la salle d'opération est en place pour chacun des hôpitaux régionaux axés sur les composantes préopératoires de leur programme chirurgical respectif. Chaque structure de régie a des responsabilités qui sont centrées sur le patient ainsi que sur la collaboration, la coopération, la conformité et la responsabilisation. Chacune est responsable de ses programmes de chirurgie respectifs.

Registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux
Le registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux a été mis en œuvre partout dans la province en 2007. Il s'agit d'un dépôt de données visant tous les patients en attente d'une intervention chirurgicale au Nouveau-Brunswick. Le registre utilise des outils d'établissement des priorités chirurgicales dans une spécialité précise ayant été mis au point par des chirurgiens du Nouveau-Brunswick dans le but d'établir la priorité d'un patient à l'aide de critères objectifs. Le délai d'attente d'un patient est basé à juste titre sur son état. Cette façon de procéder rassure le patient en lui donnant une idée de son délai d'attente avant de subir son intervention chirurgicale.

Les données sur les temps d'attente tirées du registre d'accès aux soins chirurgicaux sont utilisées par les chirurgiens et les programmes de soins chirurgicaux afin d'améliorer les temps d'attente des patients. On les utilise pour fixer les rendez-vous

room time to surgeons, and answering patient's questions on their wait time. The provincial wait time data is monitored by the NBSCN committees. Annual wait time targets were established by the NBSCN committees for the New Brunswick Clinical Acuity Model and the Pan Canadian Benchmarks.

The surgical teams at each facility are actively working to reduce individual patient wait times and to achieve the targets established for December 2009. Wait time data has been shared across the province since January 2008. There have been continuous improvements (See tables below). Notable changes over the fiscal year 2008-09 include:

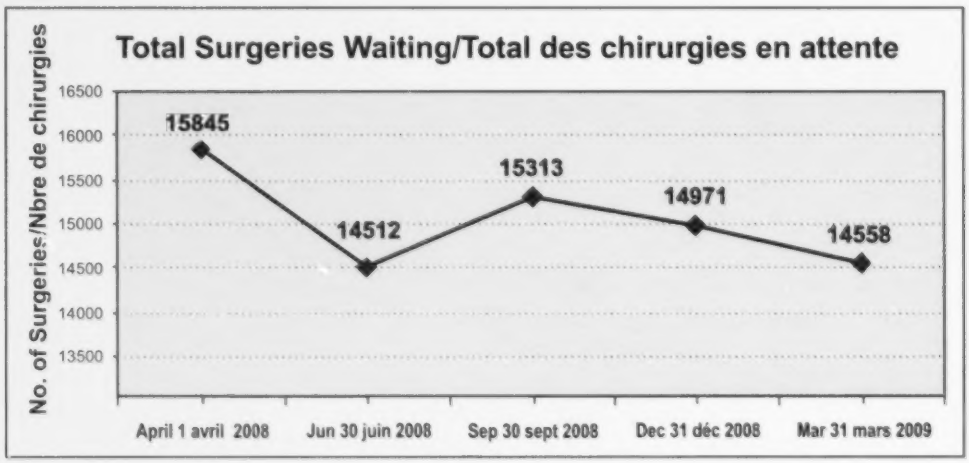
- 35 per cent reduction in the number of surgeries waiting longer than 12 months (1725 to 1119)
- 23 per cent reduction in the median number of days waiting for surgery (87 to 67 days)
- 42 per cent reduction in the median wait time for cancer surgeries (24 to 14 days)

des patients qui doivent subir une intervention chirurgicale, réserver la salle d'opération pour les chirurgiens et répondre aux questions des patients sur leurs délais d'attente. Les données provinciales sur les temps d'attente sont surveillées par les comités du RASCNB. Les comités du RASCNB ont fixé des cibles annuelles en temps d'attente pour le modèle de gravité clinique du Nouveau-Brunswick et les points de référence pancanadiens.

Les équipes chirurgicales de chaque établissement travaillent activement pour réduire les temps d'attente de chaque patient et atteindre les cibles établies en fonction de décembre 2009. Les données sur les temps d'attente sont partagées dans l'ensemble de la province depuis janvier 2008. Des améliorations continues ont été enregistrées (voir les tableaux ci-dessous). Parmi les changements relevés au cours de l'exercice 2008-2009, on remarque :

- une réduction de 35 pour cent dans le nombre d'interventions dont le délai d'attente est supérieur à 12 mois (de 1 725 à 1 119);
- une réduction de 23 pour cent dans le nombre moyen de jours d'attente pour une intervention chirurgicale (de 87 à 67 jours);
- une réduction de 42 pour cent dans le délai d'attente moyen pour les interventions chirurgicales en cas de cancer (de 24 à 14 jours).

Surgical Volumes and Wait Time Trends and Targets for New Brunswick/
Tendances et cibles en volumes de chirurgies et en temps d'attente au Nouveau-Brunswick
Surgical Volumes/ Volumes de chirurgies



room time to surgeons, and answering patient's questions on their wait time. The provincial wait time data is monitored by the NBSCN committees. Annual wait time targets were established by the NBSCN committees for the New Brunswick Clinical Acuity Model and the Pan Canadian Benchmarks.

The surgical teams at each facility are actively working to reduce individual patient wait times and to achieve the targets established for December 2009. Wait time data has been shared across the province since January 2008. There have been continuous improvements (See tables below). Notable changes over the fiscal year 2008-09 include:

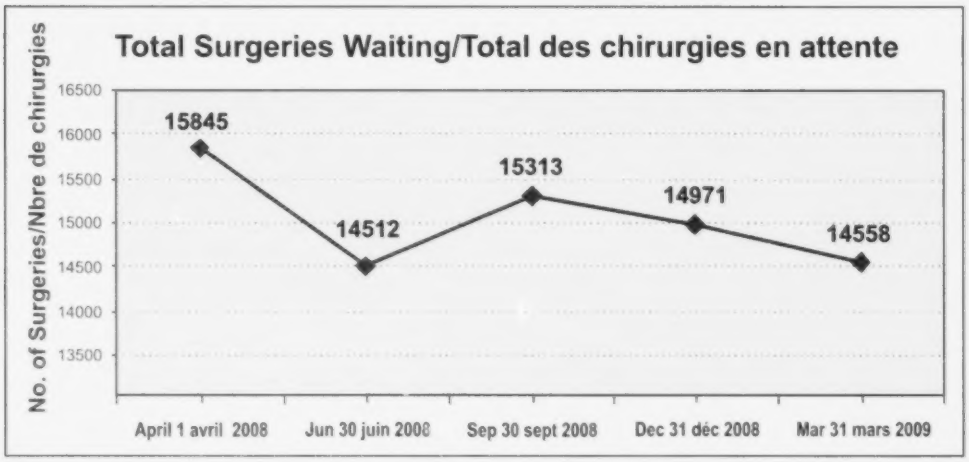
- 35 per cent reduction in the number of surgeries waiting longer than 12 months (1725 to 1119)
- 23 per cent reduction in the median number of days waiting for surgery (87 to 67 days)
- 42 per cent reduction in the median wait time for cancer surgeries (24 to 14 days)

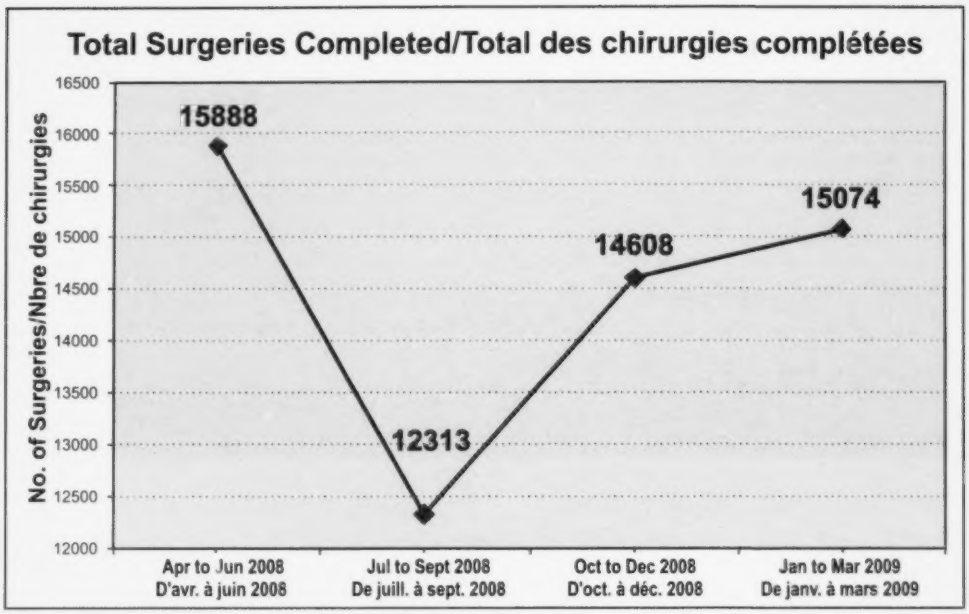
des patients qui doivent subir une intervention chirurgicale, réserver la salle d'opération pour les chirurgiens et répondre aux questions des patients sur leurs délais d'attente. Les données provinciales sur les temps d'attente sont surveillées par les comités du RASCNB. Les comités du RASCNB ont fixé des cibles annuelles en temps d'attente pour le modèle de gravité clinique du Nouveau-Brunswick et les points de référence pancanadiens.

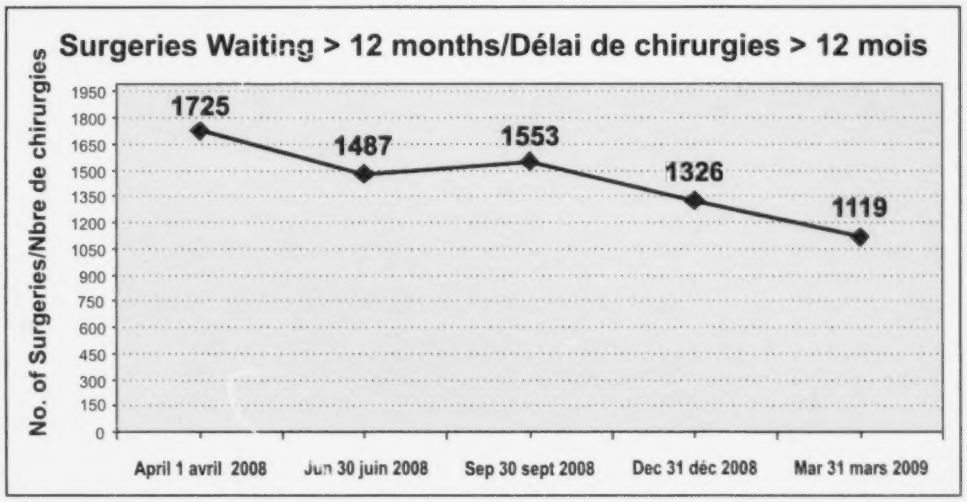
Les équipes chirurgicales de chaque établissement travaillent activement pour réduire les temps d'attente de chaque patient et atteindre les cibles établies en fonction de décembre 2009. Les données sur les temps d'attente sont partagées dans l'ensemble de la province depuis janvier 2008. Des améliorations continues ont été enregistrées (voir les tableaux ci-dessous). Parmi les changements relevés au cours de l'exercice 2008-2009, on remarque :

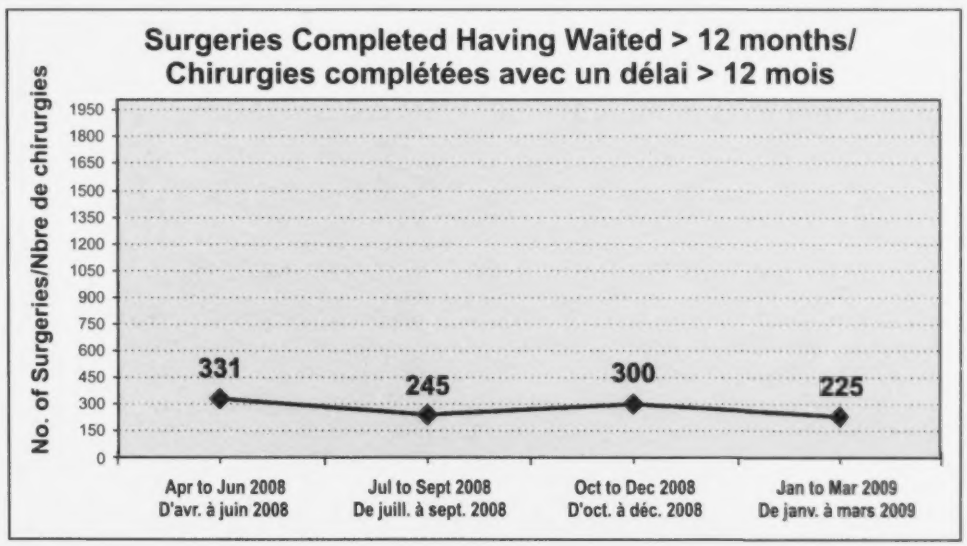
- une réduction de 35 pour cent dans le nombre d'interventions dont le délai d'attente est supérieur à 12 mois (de 1 725 à 1 119);
- une réduction de 23 pour cent dans le nombre moyen de jours d'attente pour une intervention chirurgicale (de 87 à 67 jours);
- une réduction de 42 pour cent dans le délai d'attente moyen pour les interventions chirurgicales en cas de cancer (de 24 à 14 jours).

Surgical Volumes and Wait Time Trends and Targets for New Brunswick/
Tendances et cibles en volumes de chirurgies et en temps d'attente au Nouveau-Brunswick
Surgical Volumes/ Volumes de chirurgies

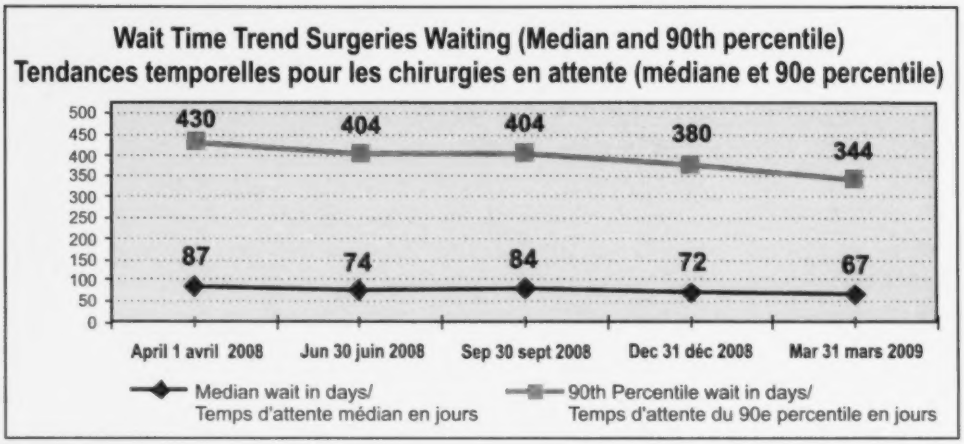


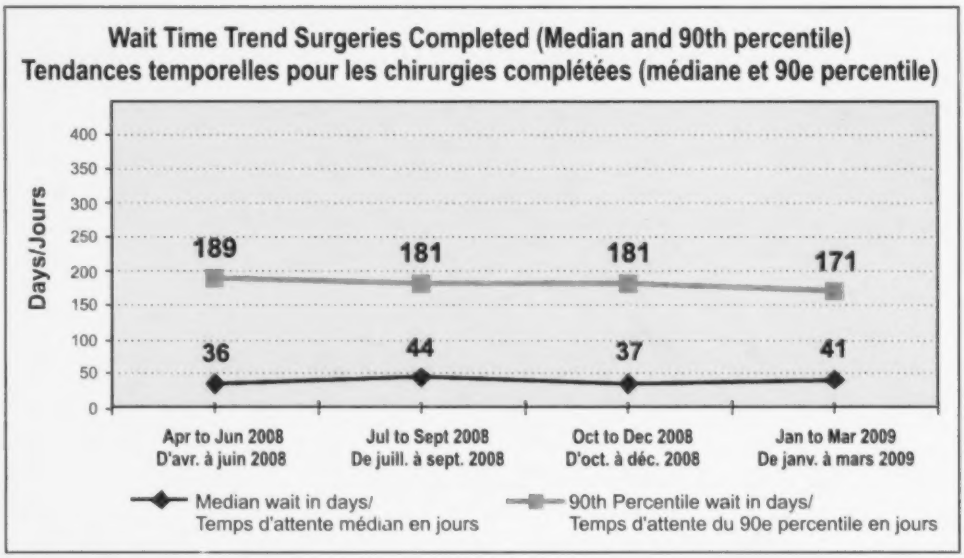

Total Surgeries Completed/Total des chirurgies complétées
No. of Surgeries/Nbre de chirurgies
16500
16000
15500
15000
14500
14000
13500
13000
12500
12000
15888
12313
14608
15074
Apr to Jun 2008
D'avr. à juin 2008
Jul to Sept 2008
De juill. à sept. 2008
Oct to Dec 2008
D'oct. à déc. 2008
Jan to Mar 2009
De janv. à mars 2009

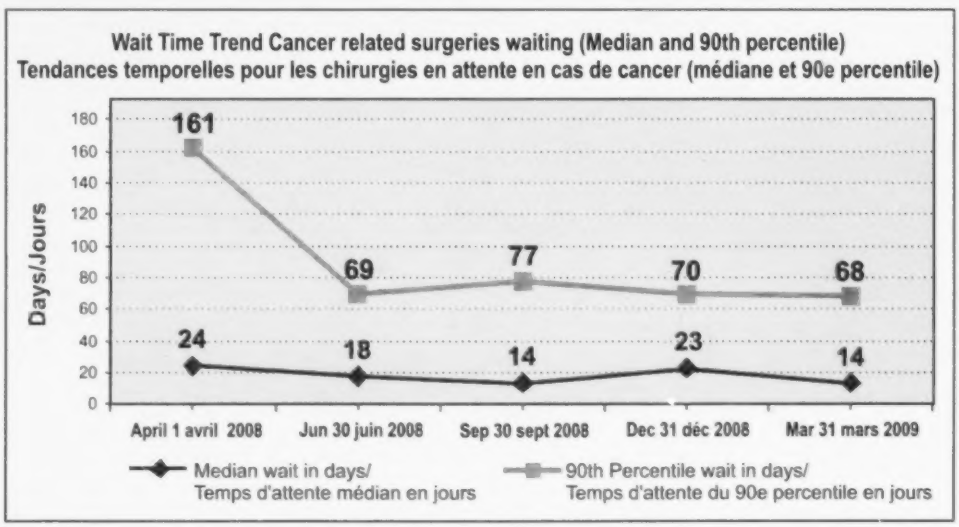

Surgeries Waiting > 12 months/Délai de chirurgies > 12 mois
No. of Surgeries/Nbre de chirurgies
1950
1800
1650
1500
1350
1200
1050
900
750
600
450
300
150
0
1725
1487
1553
1326
1119
April 1 avril 2008
Jun 30 juin 2008
Sep 30 sept 2008
Dec 31 déc 2008
Mar 31 mars 2009

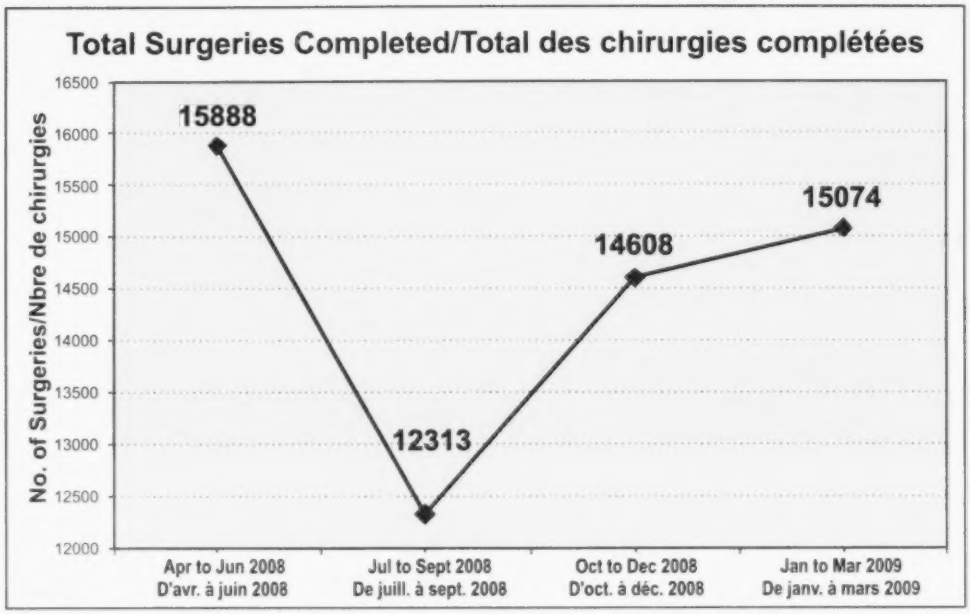

Surgeries Completed Having Waited > 12 months/
Chirurgies complétées avec un délai > 12 mois
No. of Surgeries/Nbre de chirurgies
1950
1800
1650
1500
1350
1200
1050
900
750
600
450
300
150
0
331
245
300
225
Apr to Jun 2008
D'avr. à juin 2008
Jul to Sept 2008
De juill. à sept. 2008
Oct to Dec 2008
D'oct. à déc. 2008
Jan to Mar 2009
De janv. à mars 2009

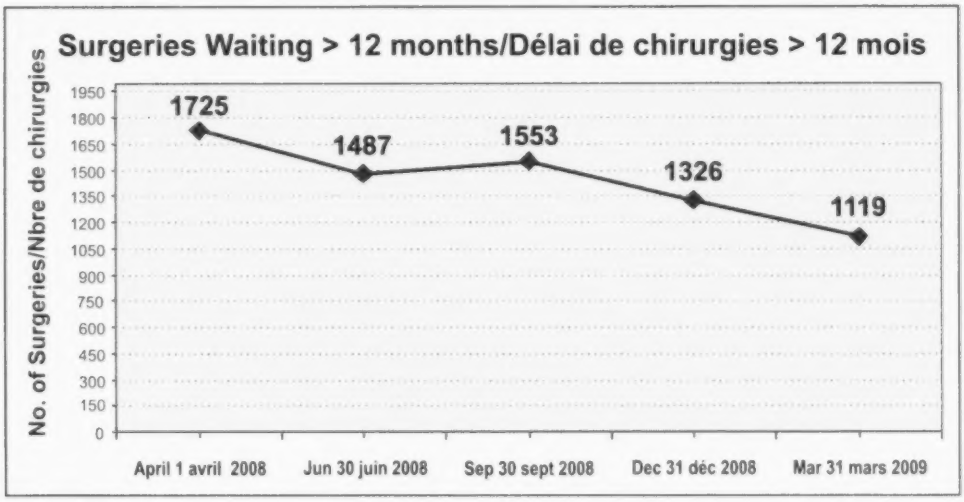
Wait time Trending/Tendances liées au temps d'attente

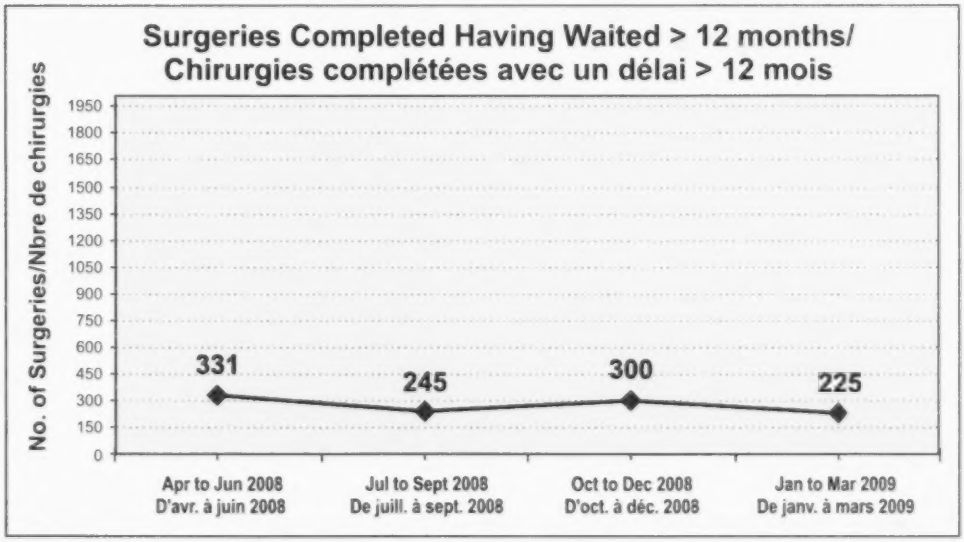




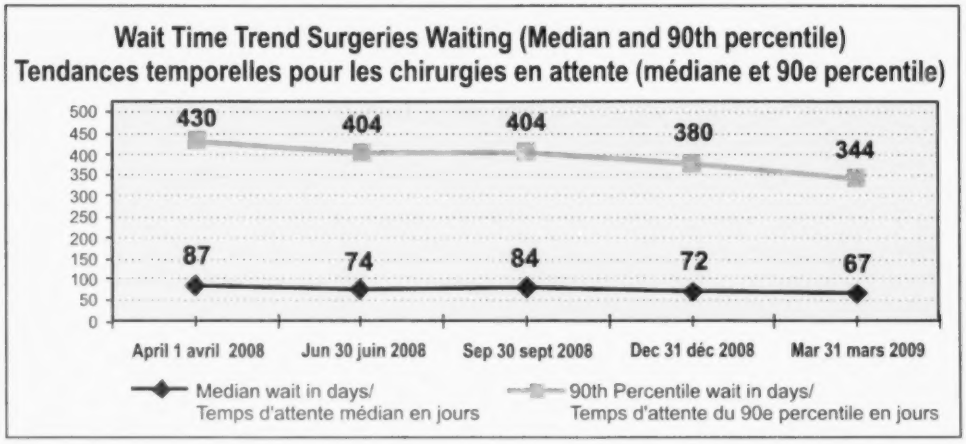


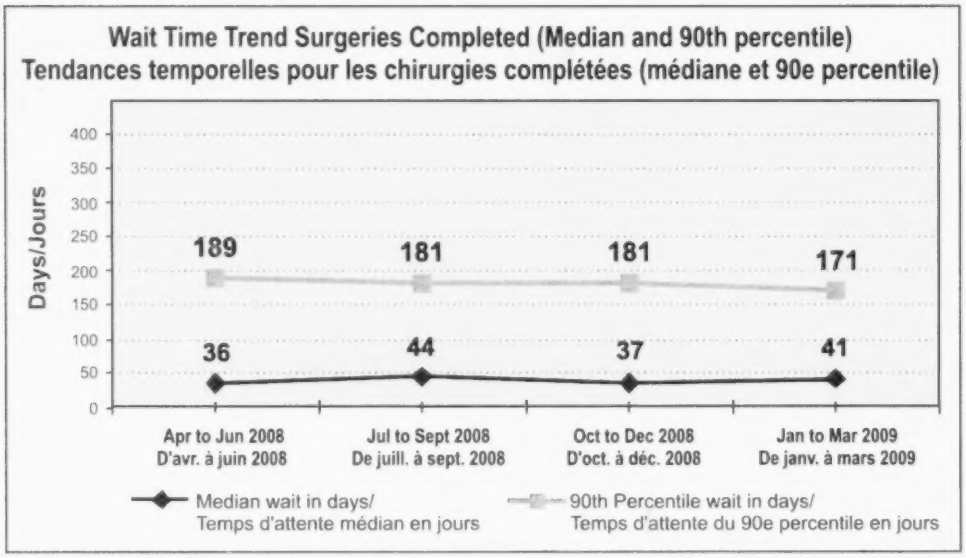

Total Surgeries Completed/Total des chirurgies complétées
No. of Surgeries/Nbre de chirurgies
16500
16000
15500
15000
14500
14000
13500
13000
12500
12000
15888
12313
14608
15074
Apr to Jun 2008
D'avr. à juin 2008
Jul to Sept 2008
De juill. à sept. 2008
Oct to Dec 2008
D'oct. à déc. 2008
Jan to Mar 2009
De janv. à mars 2009

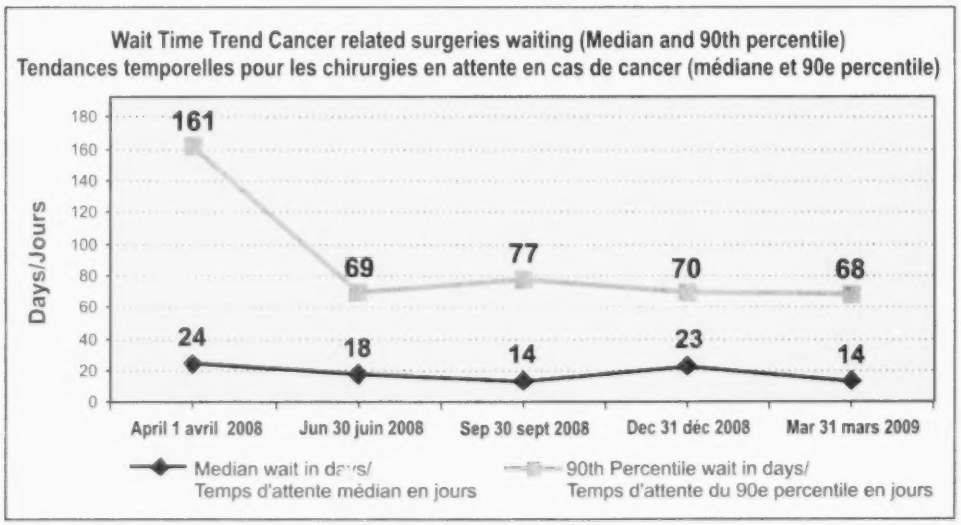

Surgeries Waiting > 12 months/Délai de chirurgies > 12 mois
No. of Surgeries/Nbre de chirurgies
1950
1800
1650
1500
1350
1200
1050
900
750
600
450
300
150
0
1725
1487
1553
1326
1119
April 1 avril 2008
Jun 30 juin 2008
Sep 30 sept 2008
Dec 31 déc 2008
Mar 31 mars 2009

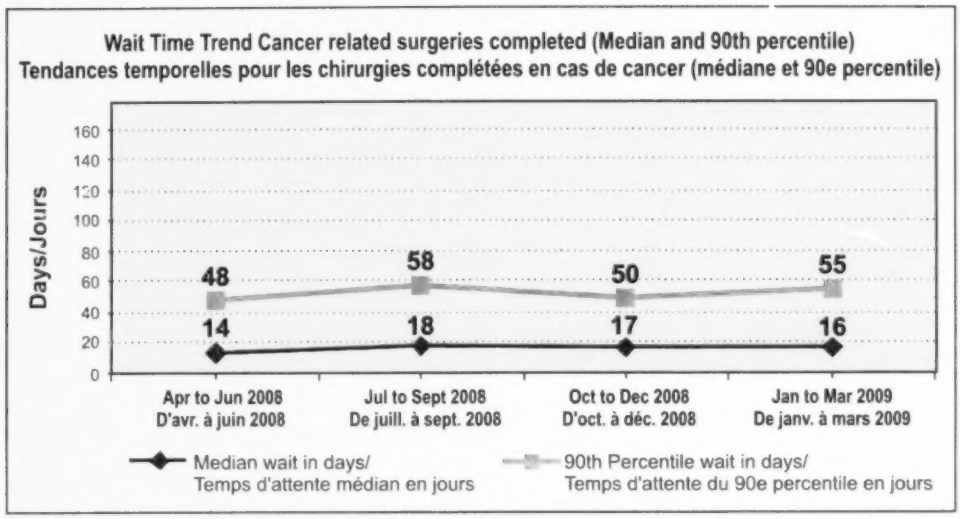

Surgeries Completed Having Waited > 12 months/
Chirurgies complétées avec un délai > 12 mois
No. of Surgeries/Nbre de chirurgies
1950
1800
1650
1500
1350
1200
1050
900
750
600
450
300
150
0
331
245
300
225
Apr to Jun 2008
D'avr. à juin 2008
Jul to Sept 2008
De juill. à sept. 2008
Oct to Dec 2008
D'oct. à déc. 2008
Jan to Mar 2009
De janv. à mars 2009

Wait time Trending/Tendances liées au temps d'attente







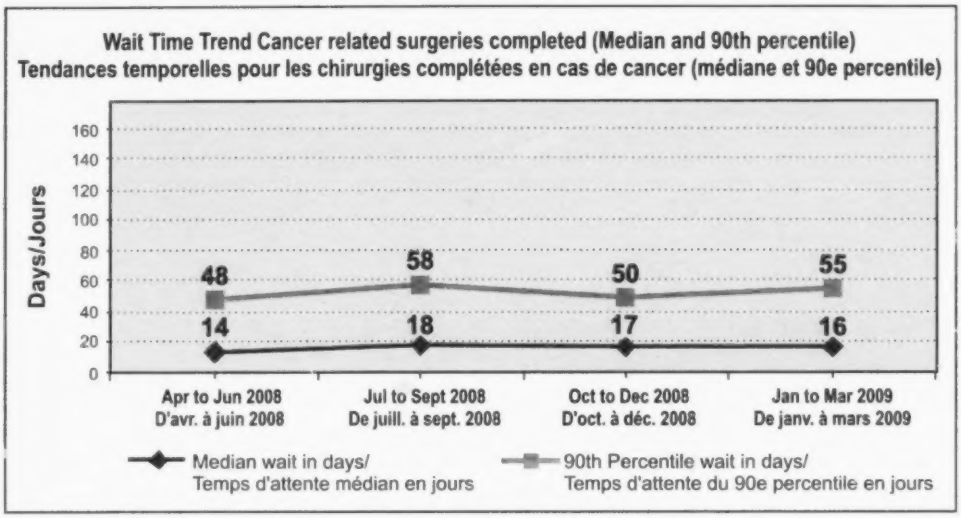


Wait time Targets/ Cibles en matière de temps d'attente

Surgeries Waiting/Chirurgies en attente	Apr to June 2008/ Avr. a juin 2008	Jul to Sept 2008/ Juill. à sept. 2008	Oct to Dec 2008/ Oct. a dec.	Jan to March 2009/ Janv. à mars 2009	% of change Apr 1 2008 to March 31, 2009 % de changement du 1er avr. au 31 mars 2009	2009 Target Cible 2009
Category I (within 3 weeks) Categorie I (dans un delai de 3 semaines)	29%	31%	25%	34%	5%	80%
Category II (within 6 weeks) Categorie II(dans un delai de 6 semaines)	42%	42%	39%	45%	3%	70%
Category III (within 3 months) Categorie III (dans un delai de 3 mois)	59%	53%	56%	59%	0 %	70%
Category IV (within 12 months) Categorie Iv (dans un delai de 12 mois)	81%	81%	84%	86%	5%	90%
All Surgeries Waiting within 18 months Toutes les chirurgies en attente dans un délai de 18 mois	94%	94%	94%	95%	1 %	100%
Surgeries Waiting greater than 18 months Chirurgies en attente un délai supérieur à 18 mois	6 %	6%	6%	5 %	-1%	0 %

Surgeries Completed/Chirurgies terminées

Surgeries Waiting/Chirurgies en attente	Apr to June 2008/ Avr. a juin 2008	Jul to Sept 2008/ Juill. à sept. 2008	Oct to Dec 2008/ Oct. a dec.	Jan to March 2009/ Janv. à mars 2009	% of change Apr 1 2008 to March 31, 2009 % de changement du 1er avr. au 31 mars 2009	2009 Target Cible 2009
Category I (within 3 weeks) Categorie I (dans un delai de 3 semaines)	61%	58%	61%	59%	-2%	80%
Category II (within 6 weeks) Categorie II(dans un delai de 6 semaines)	66%	61%	62%	61%	-5%	70%
Category III (within 3 months) Categorie III (dans un delai de 3 mois)	68%	65%	66%	66%	-2%	70%
Category IV (within 12 months) Categorie Iv (dans un delai de 12 mois)	94%	95%	95%	97%	3%	90%
All Surgeries Completed within 18 months Toutes les chirurgies terminees dans un delai de 18 mois	99%	99%	99%	99%	0%	100%
Surgeries completed having waited greater than 18 months Chirurgies terminées avec un délai superieur à 18 mois	1%	1%	1%	1%	0%	0%



Wait time Targets/ Cibles en matière de temps d'attente

Surgeries Waiting/Chirurgies en attente	Apr to June 2008/ Avr. à juin 2008	Jul to Sept 2008/ Juill. à sept. 2008	Oct to Dec 2008/ Oct. à déc.	Jan to March 2009/ Janv. à mars 2009	% of change Apr 1 2008 to March 31, 2009 % de changement du 1er avr. au 31 mars 2009	2009 Target Cible 2009
Category I (within 3 weeks) Catégorie I (dans un délai de 3 semaines)	29%	31%	25%	34%	5%	80%
Category II (within 6 weeks) Catégorie II(dans un délai de 6 semaines)	42%	42%	39%	45%	3%	70%
Category III (within 3 months) Catégorie III (dans un délai de 3 mois)	59%	53%	56%	59%	0 %	70%
Category IV (within 12 months) Catégorie Iv (dans un délai de 12 mois)	81%	81%	84%	86%	5%	90%
All Surgeries Waiting within 18 months Toutes les chirurgies en attente dans un délai de 18 mois	94%	94%	94%	95%	1 %	100%
Surgeries Waiting greater than 18 months Chirurgies en attente un délai supérieur à 18 mois	6 %	6%	6%	5 %	-1%	0 %

Surgeries Completed/Chirurgies terminées

Surgeries Waiting/Chirurgies en attente	Apr to June 2008/ Avr. à juin 2008	Jul to Sept 2008/ Juill. à sept. 2008	Oct to Dec 2008/ Oct. à déc.	Jan to March 2009/ Janv. à mars 2009	% of change Apr 1 2008 to March 31, 2009 % de changement du 1er avr. au 31 mars 2009	2009 Target Cible 2009
Category I (within 3 weeks) Catégorie I (dans un délai de 3 semaines)	61%	58%	61%	59%	-2%	80%
Category II (within 6 weeks) Catégorie II(dans un délai de 6 semaines)	66%	61%	62%	61%	-5%	70%
Category III (within 3 months) Catégorie III (dans un délai de 3 mois)	68%	65%	66%	66%	-2%	70%
Category IV (within 12 months) Catégorie Iv (dans un délai de 12 mois)	94%	95%	95%	97%	3%	90%
All Surgeries Completed within 18 months Toutes les chirurgies terminées dans un délai de 18 mois	99%	99%	99%	99%	0%	100%
Surgeries completed having waited greater than 18 months Chirurgies terminées avec un delai supérieur à 18 mois	1%	1%	1%	1%	0%	0%

Wait time Pan-Canadian Benchmarks/Temps d'attente – Points de référence pancanadiens

Pan-Canadian Benchmark Procedures Waiting/ Intervention en attente par rapport aux points de référence pancanadiens	Apr to June 2008/ Avr. à juin 2008	Jul to Sept 2008/ Juill. à sept. 2008	Oct to Dec 2008/ Oct. à déc.	Jan to March 2009/ Janv. à mars 2009	% of change Apr 1 2008 to March 31, 2009/ % de changement du 1er avr. au 31 mars 2009	2009 Target/ Cible 2009
Total Hip Replacement Surgery (26 weeks) Arthroplastie totale de la hanche – 26 semaines	73%	74%	74%	80%	7%	75%
Knee Replacement Surgery (26 weeks) Arthroplastie du genou – (26 semaines)	68%	68%	65%	68%	0%	65%
High-Risk Cataract Surgery (16 weeks) Chirurgie de la cataracte à risque élevé – (16 semaines)	68%	68%	65%	68%	0%	65%
Coronary Artery Bypass Graft Surgery – Level I (2 weeks) Pontage aortocoronarien par greffe – Niveau I (2 semaines)	41%	14%	31%	31%	-10%	90%
Coronary Artery Bypass Graft Surgery – Level II (2 – 6 weeks) Pontage aortocoronarien par greffe – Niveau II (2 à 6 semaines)	38%	33%	32%	44%	6%	75%
Coronary Artery Bypass Graft Surgery – Level III (6 – 26 weeks) Pontage aortocoronarien par greffe – Niveau III (6 à 26 semaines)	No Level/Pas de niveau	100%	100%	No Level/Pas de niveau		100%

Wait time Pan-Canadian Benchmarks/Temps d'attente – Points de référence pancanadiens

Pan-Canadian Benchmark Procedures Completed/ Intervention terminées par rapport aux points de référence pancanadiens	Apr to June 2008/ Avr. à juin 2008	Jul to Sept 2008/ Juill. à sept. 2008	Oct to Dec 2008/ Oct. à déc.	Jan to March 2009/ Janv. à mars 2009	% of change Apr 1 2008 to March 31, 2009/ % de changement du 1er avr. au 31 mars 2009	2009 Target/ Cible 2009
Total Hip Replacement Surgery (26 weeks) Arthroplastie totale de la hanche – 26 semaines	64%	69%	71%	67%	3%	75%
Knee Replacement Surgery (26 weeks) Arthroplastie du genou – (26 semaines)	56%	58%	55%	56%	0%	65%
High-Risk Cataract Surgery (16 weeks) Chirurgie de la cataracte à risque élevé – (16 semaines)	75%	78%	77%	77%	2%	90%
Coronary Artery Bypass Graft Surgery – Level I (2 weeks) Pontage aortocoronarien par greffe – Niveau I (2 semaines)	79%	91%	86%	77%	-2%	90%
Coronary Artery Bypass Graft Surgery – Level II (2 – 6 weeks) Pontage aortocoronarien par greffe – Niveau II (2 à 6 semaines)	44%	51%	31%	39%	-5%	75%
Coronary Artery Bypass Graft Surgery – Level III (6 – 26 weeks) Pontage aortocoronarien par greffe – Niveau III (6 à 26 semaines)	No Level/Pas de niveau	No Level/Pas de niveau	No Level/Pas de niveau	0% (only 1 surgery/une seule chirurgie)		100%

Metabolic/Genetic Newborn Screening Service

In March 2007 metabolic/genetic newborn screening services were expanded.

In addition to the current testing for Phenylketonuria (PKU) and Congenital Hypothyroid (CH), New Brunswick newborns are now screened for the following additional metabolic and genetic disorders:

- Medium Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (MCAD)
- Carnitine Reuptake Deficiency (CUD)
- Carnitinepalmitoyl Transferase Type I and II (CPTI and CPTII)
- Carnitinepalmitoyl Translocase Deficiency (CTL)
- Glutaric Acidemia Type I and II (GAI and GAII)

Service de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés

En mars 2007, le service de dépistage de troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés a été élargi.

En plus des tests actuels de dépistage de la phénylcétonurie (PCU) et de la thyroïde congénitale (CH), les nouveau-nés du Nouveau-Brunswick sont maintenant examinés pour les autres troubles métaboliques et génétiques suivants :

- le déficit en acyl-CoA déshydrogénase à chaîne moyenne (MCAD);
- le déficit en carnitine;
- la carnitine palmitoyl transférase de type I et II (CPTI et CPTII);
- le déficit en carnitine palmitoyl translocase (CTL);
- l'acidémie glutarique de type I et II (GAI et GAII);

- Isovaleric Acidemia (IVA)
- Long Chain Hydroxy acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (LCHAD)
- Maple Syrup Urine Disease (MSUD)
- Very Long Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (VLCAD)

The provincial metabolic/genetic newborn screening services involves the following: screening, tracking, positive test result confirmation, notification of confirmed positive test results to physicians and monitoring through a provincial computerized database.

In 2008-09 the service screened a total of 7,471 newborns. From this total, the following positive disorders were confirmed:

- 3 Phenylketonuria (PKU)
- 2 Congenital Hypothyroid (CH)
- 1 Carnitinepalmitoyl Transferase Type II (CPTII)
- 2 Glutaric Acidemia
- 1 2-Methylbutyryl CoA Dehydrogenase Deficiency (2MBCD)

With early detection of disorder(s), the physician or specialized team can promptly initiate treatment to avoid complications and prevent irreversible health problems, developmental disabilities or death.

The New Brunswick Neonatal Screening Advisory Group (NBNSAG) was established in June 2006 to support the Department of Health on matters relating to metabolic/genetic newborn screening.

Universal Newborn Infant Hearing Screening Program

New Brunswick was one of the original Canadian jurisdictions to establish a program for universal newborn and infant hearing screening. The New Brunswick Universal Newborn and Infant Hearing Screening Program (UNIHSP) involve the following: screening; diagnosis by three months of age; intervention by appropriate service providers; and monitoring through a computerized database.

Benchmarks identified by audiologists providing this service include a 95 per cent screening rate during birth admissions; diagnosis of hearing loss within four months of birth; and amplification, when appropriate, of babies identified with hearing loss within six months of birth. Given the relationship of hearing to language acquisition and the importance of solid receptive vocabulary skills for school success upon kindergarten entry, this program's objective to identify and fit amplification for children earlier will help ensure that key developmental milestones are achieved.

- l'acidémie isovalérique;
- le déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne longue (LCHAD);
- la leucinose ou maladie du sirop d'érable (MSUD);
- le déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à très longue chaîne (VLCAD).

Le service provincial de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés comprend les composantes suivantes : dépistage, suivi, confirmation des résultats de tests positifs, avis des résultats de tests positifs confirmés aux médecins et surveillance au moyen d'une base de données informatisée provinciale.

En 2008-2009, le service a effectué des dépistages sur un total de 7 471 nouveau-nés. De ce total, un dépistage positif des troubles suivants a été confirmé :

- 3 cas de phénylcétonurie (PCU);
- 2 cas d'hypothyroïdie congénitale;
- 1 cas de carnitine palmitoyl transférase de type II (CPTII);
- 2 cas d'acidémie glutarique
- 1 2-déficit en acyl-CoA déshydrogénase (2MCAD).

Grâce au dépistage précoce, le médecin ou l'équipe spécialisée peut entreprendre le traitement immédiatement pour prévenir les complications et des problèmes de santé irréversibles, des déficiences développementales ou la mort.

Le Groupe consultatif sur le dépistage chez les nouveau-nés du Nouveau-Brunswick a été créé en juin 2006 afin d'appuyer le ministère de la Santé sur des questions ayant trait au dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés.

Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons

Le Nouveau-Brunswick a été l'une des premières provinces canadiennes à établir un programme de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons. Le Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons du Nouveau-Brunswick comprend les volets suivants : dépistage, diagnostic avant l'âge de trois mois, intervention par les fournisseurs de services compétents et surveillance à l'aide d'une base de données informatisée.

Les points de référence du programme visent à obtenir un taux de dépistage de 95 pour cent à l'admission à la naissance; le diagnostic de perte d'audition dans un délai de quatre mois après la naissance; la prestation de services d'amplification, s'il y a lieu, pour les bébés chez qui on a diagnostiqué une perte d'audition dans les six mois après la naissance. Étant donné la relation entre l'audition et l'acquisition du langage, et l'importance de solides capacités réceptives de vocabulaire pour le succès scolaire à l'entrée à la maternelle, l'objectif de ce programme, qui est de dépister les problèmes d'audition chez les enfants et de leur offrir des services d'amplification plus tôt, leur permettra de profiter d'une intervention précoce qui favorisera l'atteinte des jalons clés du développement.

Since inception, the program has identified 58 infants born with a permanent hearing loss. This earlier identification of hearing loss ensures that these children receive the appropriate equipment, rehabilitation and support during the formative years.

Depuis le début, le programme a cerné une perte auditive permanente chez 58 nourrissons. Ce dépistage précoce de la perte auditive permet de s'assurer que ces enfants recevront l'équipement, la réadaptation et le soutien appropriés au cours des années de formation.

Sensorineural Hearing Loss Identification by Zones/Dépistage de la surdité de perception par zones

Regional Health Authority-Zone/ Régies régionales de la santé-Zone	2004-05	2005-06	2006-07[1]	2007-08	2008-09
RHA A / RRS A – Zone 1	1	0	0	0	0
RHA A / RRS A – Zone 4	0	1	0	1	0
RHA A / RRS A – Zone 5	0	0	0	0	0
RHA A / RRS A – Zone 6	1	1	2	1	2
RHA B / RRS B – Zone 1	3	2	3	1	4
RHA B / RRS B – Zone 2	3	3	4	2	0
RHA B / RRS B – Zone 3	0	3	2	3	4
RHA B / RRS B – Zone 7	1	0	0	0	0
Annual Total/Total annuel	**9**	**10**	**11**	**8**	**10**
Cumulative Total/ Total cumulatif	**21**	**31**	**42**	**50**	**60**

[1]Includes revised data from previous Annual Report / Inclut les données révisées du rapport annuel précédent

Cochlear Implant Follow-Up Services

The provincial cochlear implant follow-up service continues to provide non-surgical client support for pre-implantation of cochlear devices and post-implantation mapping and follow-up for equipment trouble shooting and maintenance. The service, based at the Chaleur Regional Hospital, continues to accept new clients and follow existing clients from New Brunswick while working collaboratively with surgical sites located in Ontario, Quebec and Nova Scotia to ensure continuity of care.

In 2007-08 there were 67 clients followed by the cochlear implant team of Audiologists and other adhoc services including speech language pathology; Ear, Nose and Throat; and social work. The number of clients for 2008-09 has increased to 92, with representation from all regions of the province, reflecting the provincial nature of this specialized service.

Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires

Le service provincial de suivi pour les personnes porteuses d'implants cochléaires continue d'offrir un soutien non chirurgical avant l'implantation de dispositifs techniques pour malentendants ainsi que le mappage postopératoire et le suivi pour le dépannage et l'entretien des appareils. Le service, basé à l'hôpital régional Chaleur, continue d'accepter de nouveaux clients et de suivre les clients déjà existants du Nouveau-Brunswick tout en collaborant avec des établissements chirurgicaux situés en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse pour assurer la continuité des soins.

En 2007-2008, 67 clients ont été suivis par l'équipe d'implants cochléaires formée d'audiologistes et par d'autres services spécialisés tels que les services d'orthophonie, d'oto-rhino-laryngologie et de travailleurs sociaux. Le nombre de clients en 2008-2009 a augmenté à 92, avec une représentation de toutes les régions de la province, ce qui reflète la nature provinciale de ce service spécialisé.

Distribution of Clients by Zones/Répartition des clients par zones

Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5	Zone 6	Zone 7	Total
25	10	10	6	4	26	11	**92**

Distribution of Clients: Adults versus Children/Répartition des clients : adultes par rapport aux enfants

Adults/Adultes	Children/Enfants	Total
43	49	92

PET- CT

PET-CT technology combines the benefits of a Positron Emission Tomography (PET) scanner and a Computerized Tomography (CT) scanner in one state-of-the-art medical imaging device.

This provincial service has been offering PET-CT examinations to New Brunswick patients with certain oncology conditions, since November 2006. A maximum of 600 examinations per year has been set for 2008-09. It has been the first complete year since the booking methodology has changed from "first come – first serve" approach to one using prioritization criteria. This has proved to be a more successful approach that serves oncology patients better.

Since its inception, this service has been offered through a Health Canada approved research trial application, as is the case with some similar services across Canada. A provincial PET-CT advisory committee has developed clinical guidelines specific to the research project. Those guidelines are followed by the research team and by the referring physicians that are involved with the management and treatment of oncology patients.

Organ and Tissue Procurement

The New Brunswick Organ and Tissue Procurement Program (NBOTPP) submitted and received their registration with Health Canada to meet the requirements of the Cells, Tissues and Organs (CTO) Regulations. These Regulations came into effect on December 07, 2007. Their purpose is to minimize the potential health risks to Canadian recipients resulting from transplantation.

In August 2008, a Letter of Intent (LOI) was signed by all Provinces and Territories (excluding Québec), committing to fund Canadian Blood Services (CBS) annually for five years, beginning April 1, 2008 to support initiatives for the Organ and Tissue Donation and Transplantation (OTDT) mandate. The mandate includes the development of national patient registries for organ transplantation and related databases for such things as performance measurement. The LOI also includes the possibility of expansion of the mandate in the future. The NBOTPP has been and will continue to work with CBS and the transition team appointed by governments to ensure that a National system will incorporate the work already implemented in the Province, ensuring consistent messaging and a collaborative, cohesive system

In order to acknowledge the selfless and generous gift made by Organ Donor families, the NBOTPP continues to deliver the Donor Family After-Care Program. At the time of an organ donation, donor families are provided with a Memory Box, a commemorative pewter heart, grief literature and other small tokens of thanks. A correspondence support program continues for a two year period after the donation occurs. A list of New Brunswick's available

TEP-CT

La technologie TEP-CT combine les avantages de la tomographie par émission de positrons (TEP) et la tomographie par ordinateur (CT) en un seul appareil d'imagerie de pointe.

Ce service provincial offre, depuis novembre 2006, des examens TEP-CT aux patients du Nouveau-Brunswick atteints de certains problèmes oncologiques. Un maximum de 600 examens par année ont été établis pour 2008-2009. C'est la première année complète de ce service depuis que la méthode d'établissement des rendez-vous est passée de l'approche « premier arrivé – premier servi » à celle utilisant les critères d'établissement des priorités. Cette approche s'est avérée plus fructueuse servant mieux les patients en oncologie.

Depuis sa mise en place, ce service est offert dans le cadre d'une demande d'essai de recherche approuvée par Santé Canada, comme c'est le cas pour des services semblables au Canada. Le Comité consultatif provincial du service TEP-CT a établi les directives cliniques pour le projet de recherche. L'équipe de recherche et les médecins qui participent à la gestion et au traitement des patients en oncologie doivent suivre ces directives.

Dons d'organes et de tissus

Le Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick a obtenu son homologation auprès de Santé Canada afin de répondre au Règlement sur les cellules, les tissus et les organes. Ce règlement est entré en vigueur le 7 décembre 2007. Son objectif est de réduire au minimum les risques potentiels pour la santé des Canadiens receveurs d'une greffe d'organe.

En août 2008, les provinces et les territoires (excluant le Québec) ont signé une lettre d'intention en s'engageant à financer la Société canadienne du sang chaque année pendant cinq ans, et ce, à partir du 1er avril 2008, afin d'appuyer les initiatives qui cherchent à respecter le mandat du programme de don et de transplantation d'organes et de tissus. Le mandat inclut la mise en place de registres nationaux des patients pour la transplantation d'organes et des bases de données connexes afin de mesurer le rendement par exemple. La lettre d'intention comporte la possibilité d'élargir le mandat dans l'avenir. Le programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick collabore et continuera de collaborer avec la SCS ainsi qu'avec l'équipe de transition nommée par les gouvernements pour que le système national incorpore le travail déjà mis en œuvre dans la province, assurant ainsi des messages constants et un système cohérent et de collaboration.

En guise de reconnaissance du don humanitaire et généreux effectué par les familles de donneurs d'organes, le programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick a mis au point un programme de suivi des familles de donneurs. Au moment du don d'organe, les familles de donneurs se voient remettre une boîte de souvenir, un cœur commémoratif en étain, de la documentation sur le deuil et d'autres petits signes de remerciement. Un programme de soutien par correspondance continue pendant une

bereavement is provided and regular correspondence with the NBOTPP encouraged.

As of March 31, 2009, through the process which registers an individual's wishes regarding organ and tissue donation with Medicare, 259, 910 New Brunswickers had indicated that they wished to be donors, 222, 654 indicated that they did not want to be donors and a further 245, 981 New Brunswickers have not yet made their wishes known. Since last year, this represents a net increase of 18, 000 who have indicated their wishes. Educational initiatives have been developed and delivered will continue to ensure consistent messaging to allow New Brunswick citizens to make an informed decision regarding organ and tissue donation.

To ensure compliance with the *Human Tissue Gift Act*, the 24-hour organ and tissue donor screening line continues to be in operation. As of March 31st, 2009, 23 facilities from all zones are reporting in-hospital deaths to this line. For the period ending March 31, 2009, the compliance rate was 90.1 per cent.

Organ and Tissue

Year	2006-07	2007-08	2008-09
Number of Referrals	1,446	1,651	1,674
Number of Donor			
- Organ and Tissue	8	9	7
- Tissue Only	141	132	117
Total Number of Donors	151	147	124
Heart	3	9	4
Liver	10	13	7
Lungs	4	8	8
Kidney	20	29	14
Pancreas	3	2	5
Heart for Valves	10	10	6
Cornea	287	260	236
Skin	16	25	14
Bone	21	29	17
Kidney Recipients	21	32	22
Heart Recipients	5	3	5
Liver Recipients	10	9	4
Lung Recipients	5	1	4
Pancreas Recipients	0	0	6
Bone Marrow Recipients	1	6	10
Heart patients on waiting list	0	2	3
Liver patients on waiting list	9	5	8
Kidney patients on waiting list	66	72	70
Kidney and Pancreas patients on waiting list	0	2	1
Lung patients on waiting list	1	1	1

période de deux ans après la présentation du don. Une liste de ressources au Nouveau-Brunswick en cas de deuil est offerte et on encourage une correspondance régulière avec le programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick.

Depuis le 31 mai 2009, grâce au processus par lequel une personne inscrit son souhait de don d'organes et de tissus auprès de l'Assurance-maladie, 259 910 Néo-Brunswickois ont indiqué qu'ils souhaitaient être donneurs, 222 654 qu'ils ne voulaient pas l'être et 245 981 autres n'avaient pas encore fait connaître leur souhait. Depuis la dernière année, cela représente une hausse nette de 18 000 personnes ayant indiqué leurs souhaits. Des initiatives d'éducation ont été mises au point et en œuvre. Elles continueront de faire passer un message constant et permettront aux Néo-Brunswickois de prendre une décision éclairée sur le don d'organes et de tissus.

Afin d'assurer la conformité avec la *Loi sur les dons de tissus humains*, la ligne de dépistage des donneurs d'organes et de tissus accessible 24 heures sur 24 a continué d'être utilisée. Au 31 mars 2009, vingt-trois établissements de toutes les zones avaient signalé des décès à l'hôpital sur cette ligne. Pour la période se terminant le 31 mars 2009, le taux de conformité était de 90,1 pour cent.

Organes et tissus

Année	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Nombre de donneurs dirigés	1 446	1 651	1 674
Nombre de donneurs			
Organes et tissus	8	9	7
Tissus seulement	141	132	117
Nombre total de donneurs	151	147	124
Cœur	3	9	4
Foie	10	13	7
Poumons	4	8	8
Reins	20	29	14
Pancréas	3	2	5
Cœur pour valvules cardiaques	10	10	6
Cornée	287	260	236
Peau	16	25	14
Os	21	29	17
Receveurs d'un rein	21	32	22
Receveurs d'un cœur	5	3	5
Receveurs d'un foie	10	9	4
Receveurs d'un poumon	5	1	4
Receveurs d'un pancréas	0	0	6
Receveurs de la moelle osseuse	1	6	10
Liste d'attente des patients cardiaques	0	2	3
Liste d'attente des patients souffrant de troubles du foie	9	5	8
Liste d'attente de patients souffrant de problèmes rénaux	66	72	70
Liste d'attente de patients souffrant de problèmes rénaux et du pancréas	0	2	1
Liste d'attente des patients souffrant de problèmes pulmonaires	1	1	1

Patient Safety

In 2008-09, the Department of Health (DH) has continued to pursue the Safer Healthcare Now (SHN) campaign. SHN is a national campaign focused on improving patient safety in hospitals.

The ten interventions of SHN are:

- **Improved care for Acute Myocardial Infarction** - Prevent deaths among patients hospitalized for acute myocardial infarction (AMI) by ensuring the reliable delivery of evidence-based care.
- **Prevention of Central Line-Associated Bloodstream Infection** - Prevent central venous catheter-related bloodstream infection (CR-BSI) and deaths from CR-BSI by implementing a set of evidence-based interventions in all patients requiring a central line.
- **Prevent adverse drug events** (ADEs) by implementing medication reconciliation.
- **Rapid Response Teams** - Prevent deaths in patients who are progressively failing outside the ICU by implementing rapid response teams.
- **Prevention of Surgical Site Infection** - Prevent surgical site infection (SSI) and deaths from SSI by implementing a set of evidence-based interventions in all surgical patients.
- **Prevent ventilator-associated pneumonia** (VAP) and deaths from VAP and other complications in patients on ventilators by implementing a set of interventions known as the "VAP bundle."
- **Adverse drug events in long-term care** – implement medication reconciliation to prevent adverse drug events (ADEs) in long-term care settings.
- **Falls in long-term care** - prevent harm resulting from falls in long-term care settings
- **Antibiotic resistant organisms** (AROs) – implement a series of evidence-based guidelines to prevent harm from antibiotic resistant organisms
- **Venous thromboembolism** (VTE) – implement a series of protocols to ensure that general surgery and hip fracture surgery patients receive the appropriate thromboprophylaxis to prevent complications such as deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism

Through sponsorship of $60,000 to the Safer Healthcare Now campaign by the province, each Regional Health Authority has had the opportunity to partner and benefit in the sharing of the best practices through participating in one or more of the ten interventions.

The Department of Health continues to monitor the hospital standardized mortality ratio (HSMR).

Sécurité des patients

En 2008-2009, le ministère de la Santé a continué de participer à la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (SSPSM) Cette campagne nationale visait l'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux.

Voici les dix interventions de SSPSM :

- ***Soins améliorés en cas d'infarctus aigu du myocarde*** : Prévenir les décès chez les patients hospitalisés en cas d'infarctus aigu du myocarde (IAM) en assurant une prestation fiable de soins fondés sur l'expérience clinique.
- ***Prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux*** : Prévenir les infections et les décès liés aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) en mettant en œuvre un ensemble d'interventions fondées sur l'expérience clinique chez tous les patients nécessitant un cathéter central.
- ***Prévention des événements iatrogènes médicamenteux,*** à l'aide du bilan comparatif des médicaments.
- ***Déploiement des équipes d'intervention rapide*** : Prévenir les décès chez les patients dont la santé se détériore progressivement en dehors du service des soins intensifs.
- **Prévention des infections du site opératoire** : Prévenir les infections et les décès liés au site opératoire (ISO) en mettant en œuvre un ensemble d'interventions fondées sur l'expérience clinique chez tous les patients devant subir une intervention chirurgicale.
- **Prévention de la pneumonie sous ventilation assistée** : Prévenir la pneumonie sous ventilation assistée (PVA) et les décès qui en découlent et d'autres complications chez les patients en ventilation assistée en mettant en œuvre un ensemble d'interventions appelées « ensemble PVA ».
- **Événements iatrogènes médicamenteux dans les soins de longue durée** – Effectuer un bilan comparatif des médicaments pour prévenir les événements iatrogènes médicamenteux dans le contexte des soins de longue durée.
- **Chutes dans les soins de longue durée** – Prévenir les blessures causées par des chutes dans le contexte des soins de longue durée.
- **Organismes résistant aux antibiotiques** – Appliquer une série de directives fondées sur l'expérience clinique afin de prévenir des blessures causées par des organismes résistant aux antibiotiques.
- **Thromboembolie veineuse (TEV)** – Appliquer une série de protocoles pour que les patients en chirurgie générale et en chirurgie pour fracture de la hanche reçoivent une thromboprophylaxie appropriée afin de prévenir des complications comme la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire.

Grâce à une commandite de 60 000 $ du gouvernement provincial à la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, chaque régie régionale de la santé a pu créer un partenariat et bénéficier de l'échange des pratiques exemplaires en participant à une ou à plusieurs de dix interventions.

Le ministère de la Santé continue de surveiller le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH).

Utilization Management

Based on earlier retrospective and concurrent reviews carried out by the department, the Provincial Utilization Management Committee recommended in 2006 the implementation of an acute care bed utilization management tool across all zones.

With the implementation of the software in the eight larger hospitals, the Regional Health Authorities and the department were able to monitor utilization trends and generate provincial statistics. Overall, for the year 2008-09, there was an increase of 41.7 per cent of patient assessment completed. The focus has been on reducing the number of non-acute admissions in hospitals and the lengths of stay of patients who no longer require hospital care.

In addition, the Committee has developed guidelines and procedures to take over the utilization of the drug synagis from Canadian Blood Services in the fall of 2008.

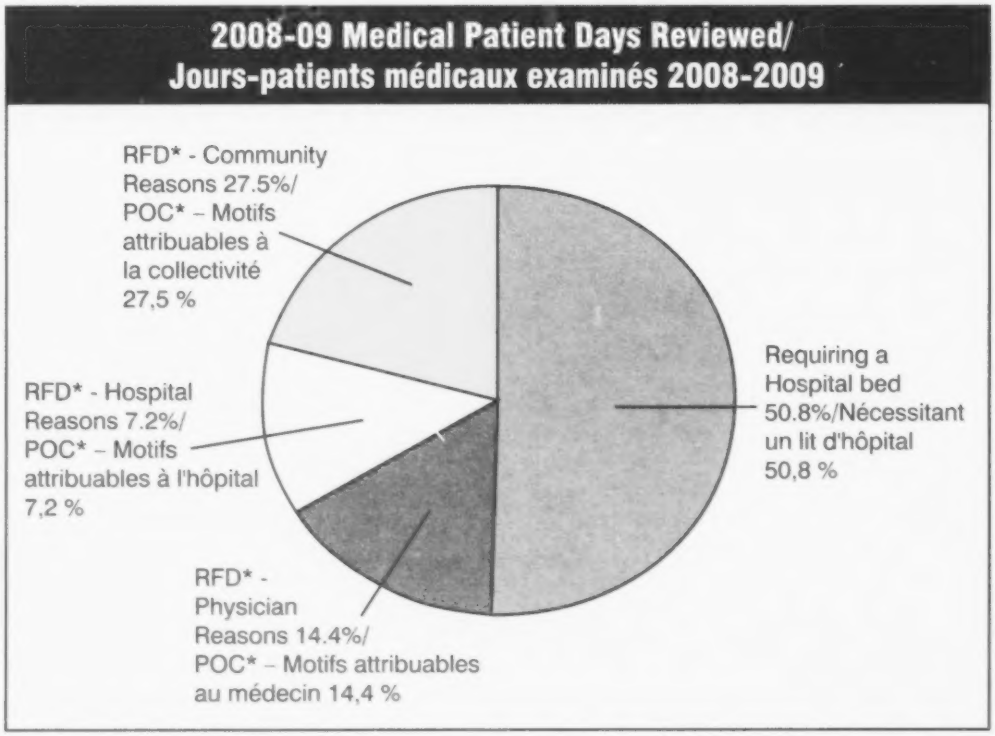
Gestion de l'utilisation

En s'appuyant sur des études rétrospectives et concomitantes précédentes menées par le ministère, le Comité provincial de gestion de l'utilisation a recommandé en 2006 la mise en œuvre d'un outil de gestion de l'utilisation des lits pour soins actifs dans toutes les zones.

Étant donné la mise en œuvre du logiciel dans les huit grands hôpitaux, les régies régionales de la santé et le ministère ont pu suivre les tendances en matière d'utilisation et produire les statistiques provinciales. Globalement, pour l'année 2008-2009, on a enregistré une hausse de 41,7 pour cent dans le nombre d'évaluations de patient terminées. L'accent a été mis sur la réduction du nombre d'admissions pour des soins non actifs dans les hôpitaux et sur la réduction de la durée de séjour des patients n'ayant plus besoin des soins hospitaliers.

En plus de ces éléments, le comité a mis au point des lignes directrices et des marches à suivre alors qu'il prépare la prise en charge de l'utilisation du médicament Synagis de la Société canadienne du sang à l'automne 2008.

2008-09 Medical Patient Days Reviewed/ Jours-patients médicaux examinés 2008-2009



Medical Days Reviewed (2008-09)	Patient Days	Percent
Requiring a Hospital bed	94,519	50.8%
RFD* - Physician Reasons	26,822	14.4%
RFD* - Hospital Reasons	13,422	7.2%
RFD* - Community Reasons	51,187	27.5%
	185,950	

RFD* - Ready for Discharge
Based on all patients assessed with a length of stay <= 365 days

KEY:
RFD = ready for discharge – all assessments indicate patient is in stable condition and does not require a hospital bed

Jours médicaux examinés (2008–2009)	Jours-patients	Pourcentage
Nécessitant un lit d'hôpital	94 519	50,8 %
POC* – Motifs attribuables au médecin	26 822	14,4 %
POC* – Motifs attribuables à l'hôpital	13 422	7,2 %
POC* – Motifs attribuables à la collectivité	51 187	27,5 %
	185 950	

POC* – Prêts à obtenir leur congé
En se fondant sur tous les patients évalués avec une durée de séjour <= 365 jours

LÉGENDE :
POC = prêt à obtenir son congé – toutes les évaluations indiquent que le patient est dans un état stable et ne nécessite pas un lit d'hôpital.

Ready For Discharge Reasons

Physician reasons: Patients who are ready for discharge but remained in acute care beds due to Physician reasons:

- **Therapy** - physician orders indicate a therapy such as medication adjustment, pain control, wound management
- **Consultation** - Order has been written for a consultation with another doctor i.e. obstetrics/ gynecology, surgical, psychiatry
- **Investigation** - tests and investigations are ordered
- **Pending** - No current physician order, plan of care unclear, care plan stalled, further MD direction required

Hospital Reasons: Patients in hospital who are ready for discharge remain in beds due to hospital reasons:

- **Hospital other** – waiting for another bed in the hospital such as psychiatry, surgery.
- **Service delays** - delay of 24 hours or more in accessing diagnostic therapeutic testing i.e. discharge planning, respiratory, laboratory.
- **Activation** - one to five days of rehab services to increase strength to allow patient to return to previous home environment.

Community Reasons: Patients ready for discharge were still occupying an acute care bed due to community reasons:

- **Processing placement** - patient is no longer requiring an acute care bed and is in the process of being assessed for alternate placement.
- **Waiting Community Service** - patient is waiting for community service such as EMP, nursing home bed, respite bed, palliative care.
- **Social Issues** - delay is related to issues such as family, financial, or social reasons.
- **Outside Services** - delay is a result of patient waiting for service external to hospital; such as with home support.

The New Brunswick Extra-Mural Program

The New Brunswick Extra-Mural Program (EMP) is a provincial home health-care program. Its mission is "to provide a comprehensive range of coordinated health care services for individuals of all ages for the purpose of promoting, maintaining or restoring health within the context of their daily lives, and to provide palliative services to support quality end of life care for individuals with progressive life threatening illnesses."

This mission is accomplished by providing services which include acute care, palliative care, long-term care, rehabilitation, and home oxygen therapy. The

Prêt à obtenir son congé – Motifs

Motifs attribuables au médecin : patients prêts à obtenir leur congé qui demeurent dans des lits pour soins actifs en raison des motifs attribuables au médecin :

- **Thérapie** – Les directives du médecin indiquent une thérapie, notamment l'adaptation du dosage du médicament, la gestion de la douleur, le traitement des plaies.
- **Consultation** – Une ordonnance est rédigée pour une consultation avec un autre médecin, p. ex. : l'obstétrique et la gynécologie, la chirurgie, la psychiatrie.
- **Exploration** – Des tests et des explorations sont commandés.
- **En attente** – Aucune ordonnance du médecin en cours, plan de soins ambigus, plan de soins en retard, autre directive du médecin requise.

Motifs attribuables à l'hôpital : patients hospitalisés prêts à obtenir leur congé qui demeurent dans des lits en raison de motifs attribuables à l'hôpital :

- **Hôpital – autre** – en attente d'un autre lit dans l'hôpital, notamment en psychiatrie, en chirurgie.
- **Retards dans la prestation de service** – retard de 24 heures ou plus dans l'accès aux tests de diagnostic thérapeutique, par exemple pour la planification du congé, pour les problèmes respiratoires, les tests de laboratoire.
- **Activation** – de un à cinq jours des services de réadaptation pour augmenter les forces du patient afin de lui permettre de retourner chez lui.

Motifs attribuables à la collectivité : patients prêts à obtenir leur congé qui occupent toujours un lit pour soins actifs en raison de motifs attribuables à la collectivité :

- **Placement en voie de traitement** – le patient ne nécessite plus un lit pour soins actifs et est en train d'être évalué pour obtenir un autre placement.
- **En attente d'un service communautaire** – le patient est en attente d'un service communautaire tel que le programme extra-mural (PEM), un lit dans un foyer de soins, un lit de soins de relève, les soins palliatifs.
- **Questions sociales** – le retard est associé à des questions familiales, financières ou sociales.
- **Services externes** – le retard est occasionné par le fait que le patient attend un service externe à l'hôpital, comme un soutien à domicile.

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick (PEM) offre des services de soins communautaires à domicile aux résidents de la province. Sa mission consiste à « offrir une gamme complète de services de soins de santé coordonnés aux personnes de tout âge en vue de la promotion, du maintien ou du rétablissement de la santé dans le cadre de leur vie quotidienne, ainsi que d'offrir des services de soins palliatifs visant à soutenir la qualité de vie des personnes atteintes de maladies évolutives pouvant provoquer la mort. »

Cette mission est accomplie par la prestation d'un ensemble de services, y compris les soins actifs, les soins palliatifs, les soins de longue durée, la réadaptation et l'oxygénothérapie.

Extra-Mural Program professional service providers include registered dieticians, registered nurses, licensed practical nurses, respiratory therapists, social workers, occupational therapists, physiotherapists, speech language pathologists and rehabilitation support personal. Physicians are integral members of the EMP home health-care team in addition to other facility based and community based health services.

Services in EMP continue to evolve to meet the ongoing needs of New Brunswickers for home health care services. EMP services are provided using a collaborative client-driven process, as outlined in the provincial guidelines for care coordination, palliative care and preferred practices documents for all EMP care providers. As well, demonstration projects of pharmacy in-home care service delivery and quick response home care, located in four regional hospital emergency departments, are ongoing initiatives.

Currently, approximately 62 per cent of the clients served by EMP are over the age of 65 (65-74 years – 14 per cent; 75-84 years – 21 per cent; and over 85 years – 27 per cent). Children and adolescents (0-18 years) make up 16 per cent of client services and adults (19-64 years) 22 per cent. Children and adolescents are served primarily by rehabilitation services in the home and school environments. Rehabilitation services are also provided to residents in nursing homes. Home oxygen therapy is provided to approximately six per cent of the EMP provincial caseload.

Les fournisseurs de services professionnels du Programme extra-mural sont les diététistes professionnels, les infirmières immatriculées, les infirmières auxiliaires autorisées, les inhalothérapeutes, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les orthophonistes et le personnel de soutien en réadaptation. Les médecins sont des membres à part entière de l'équipe des soins à domicile du PEM en plus d'autres services de santé communautaires et offerts par les établissements.

Les services offerts par le PEM ont évolué pour continuer à répondre aux besoins actuels des résidents du Nouveau-Brunswick en matière de services de soins de santé à domicile. Les services du PEM sont offerts en employant un processus de collaboration axé sur le client, comme il est décrit dans les lignes directrices provinciales visant les documents sur la coordination des soins, les soins palliatifs et les pratiques privilégiées préparés en fonction des fournisseurs de soins du PEM. De plus, des projets pilotes en pharmacie ayant trait à la prestation des services de soins à domicile et à l'intervention rapide en matière de soins à domicile sont des initiatives continues. Ces projets sont situés dans quatre services d'urgence des hôpitaux régionaux.

À l'heure actuelle, environ 62 pour cent des clients qui ont reçu des services du PEM sont âgés de plus de 65 ans (de 65 à 74 ans – 14 pour cent, de 75 à 84 ans – 21 pour cent et plus de 85 ans – 27 pour cent). Les enfants et les adolescents (de 0 à 18 ans) représentent 16 pour cent des clients recevant des services et les adultes (de 19 à 64 ans) constituent 22 pour cent des clients. Les besoins des enfants et des adolescents en matière de services ont trait principalement à la réadaptation en milieu scolaire ou à la maison. Des services de réadaptation sont également offerts aux résidents des foyers de soins. L'oxygénothérapie est offerte à environ six pour cent des cas du PEM à l'échelle provinciale.

New Brunswick Extra-Mural Program

		2005–06	2006–07	2007-08	2008-09*
Rehabilitation Services* **	Visits	88,774	88,813	87,835	93,876
	Telephone Contacts**	27,704	26,970	29,444	31,053
Nursing Services	Visits	307,077	305,105	304,013	303,505
	Telephone Contacts**	104,258	101,890	101,728	106,410
Other Clinical Services **	Visits	43,860	42,599	44,216	47,670
	Telephone Contacts**	16,623	16,499	19,134	21,837
Grand Total		588,296	581,876	586,370	604,351
FTE's		682	693	701	777
Discharges		19,008	18,393	19,402	20,355
Gross Expenditures ($M)		$55	$61	$64	$70
Average Cost / Visits		$125	$140	$147	$157
Average Cost / Discharges		$2,894	$3,316	$3,305	$3,434

* Preliminary Data
** Telephone contacts are clinical services provided over the phone to the clients and families.
*** Rehab – includes the following professionals; occupational therapy, physiotherapy and speech language pathology.
**** Other – includes the following professionals; social work, registered dietician, respiratory therapy.
Source: Hospital Financial Utilization Management System (HFUMS) and EMP Information System (PtCT)

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick					
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009*
Services de réadaptation* **	Consultations	88 774	88 813	87 835	93 876
	Appels téléphoniques**	27 704	26 970	29 444	31 053
Services infirmiers	Consultations	307 077	305 105	304 013	303 505
	Appels téléphoniques**	104 258	101 890	101 728	106 410
Autres services cliniques **	Consultations	43 860	42 599	44 216	47 670
	Appels téléphoniques**	16 623	16 499	19 134	21 837
Total général		588 296	581 876	586 370	604 351
ÉTP		682	693	701	777
Congés		19 008	18 393	19 402	20 355
Dépenses brutes (en M$)		55 $	61 $	64 $	70 $
Coût moyen par consultation		125 $	140 $	147 $	157 $
Coût moyen par congé		2 894 $	3 316 $	3 305 $	3 434 $

* Données préliminaires
** Les appels téléphoniques sont des services cliniques dispensés par téléphone aux clients ou à leur famille.
*** Services de réadaptation – comprend les services professionnels suivants : ergothérapie, physiothérapie et orthophonie.
**** Autres services cliniques – comprend les services professionnels suivants : travailleur social, diététiste, inhalothérapeute.
Sources : Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière (SIGFU) et système d'information sur le Programme extra-mural (PtCT).

The EMP has over 750 funded, full-time equivalent positions in the province. In 2008-09, 20,355 clients were discharged from the program and 445,051 visits (303,505 nursing visits, 93,876 rehabilitation service visits, and 47,670 other clinical service visits) were carried out along with 159,300 telephone contacts (provision of clinical service to client or family over the telephone). There were 27.1 discharges per 1,000 population estimate.

Rehabilitation Services

Rehabilitation services provide opportunities for New Brunswickers to prevent or adapt to loss of function, and/or restore function, in order to foster well-being, social integration and optimal independence. These services are delivered throughout New Brunswick by audiologists, occupational therapists, physiotherapists, and speech language pathologists.

Rehabilitation services are offered in a variety of settings and are delivered following a client-centered philosophy of service delivery. Services are provided by the Stan Cassidy Centre for Rehabilitation, which is the provincial tertiary rehabilitation centre; through the Regional Health Authorities via in-patient and outpatient services; and in the home and community by the New Brunswick Extra-Mural Program.

Le PEM emploie plus de 750 équivalents temps plein financés dans la province. En 2008-2009, 20 355 clients ont obtenu leur congé du PEM. Le nombre de visites a atteint 445 051 (303 505 visites par des infirmières, 93 876 visites par le service de réadaptation et 47 670 visites par d'autres services cliniques) et 159 300 appels téléphoniques ont été effectués (prestation de services cliniques aux clients et aux familles par téléphone). On a recensé 27,1 congés pour 1 000 habitants.

Services de réadaptation

Les services de réadaptation offrent à la population du Nouveau-Brunswick des occasions de prévenir ou d'éliminer la perte de fonction ou de s'y adapter afin de favoriser le mieux-être, l'intégration sociale et l'indépendance optimale. Les services de réadaptation au Nouveau-Brunswick comprennent les services dispensés par des audiologistes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des orthophonistes.

Les services de réadaptation sont offerts dans divers milieux et sont dispensés selon une philosophie de service axé sur le client. Ils sont offerts par le Centre de réadaptation tertiaire provincial Stan Cassidy aux régies régionales de la santé, par l'entremise des services aux patients hospitalisés et externes. Ce programme est également offert à domicile et dans la collectivité par le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick.

Hospital Rehabilitation Services 2008-09[1]

	Attendances	Telephone Contacts[2]
Audiology	18,400	1,481
Occupational Therapy	105,505	4,160
Physiotherapy	313,450	5,490
Speech Language Pathology	39,347	3,482

1 Source: Preliminary statistics from the Hospital Finance Utilization Management System
2 Telephone Contact is service to clients over the telephone

Stan Cassidy Centre for Rehabilitation 2008-09[1]

	Attendances	Telephone Contacts[2]
Occupational Therapy	5,924	523
Physiotherapy	6,772	374
Speech Language Pathology	1,152	143

1 Source: Preliminary statistics from the Hospital Finance Utilization Management System
2 Telephone Contact is service to clients over the telephone

Capital Equipment

A variety of Capital Equipment acquisitions totaling $13.223 million were made in fiscal 2008-09 for program enhancements and to replace aging equipment in the hospital system. The most notable major capital equipment acquisitions included the following:

- New anesthesia units for the Dr. Georges L. Dumont Regional Hospital;
- A new digital mammography unit for the Moncton Hospital;
- A new digital radiography unit and a urology table for the Saint John Regional Hospital;
- A new CT scanner for the Dr. Everett Chalmers Regional Hospital (in cooperation with the Chalmers Hospital Foundation);
- A new radiography unit for the Edmundston Regional Hospital;
- A new digital general radiography unit at the Campbellton Regional Hospital;
- A reverse osmosis system for the dialysis unit at the Chaleur Regional Hospital;
- A new Echocardiography equipment for the Miramichi Regional Hospital; and
- A new Echocardiography Equipment for the NB Heart Centre in Saint John.

New Brunswick Cancer Network (NBCN)

The New Brunswick Cancer Network (NBCN) is responsible for the development and implementation of an evidence-based provincial strategy for all elements of cancer care, including prevention, screening, treatment, follow-up care, palliative care,

Services hospitaliers de réadaptation 2008-2009[1]

	Présences	Appels téléphoniques[2]
Audiologie	18 400	1 481
Ergothérapie	105 505	4 160
Physiothérapie	313 450	5 490
Orthophonie	39 347	3 482

1 Source : Données préliminaires du Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière.
2 Les appels téléphoniques sont des services dispensés par téléphone aux clients.

Centre de réadaptation Stan Cassidy 2008-2009[1]

	Présences	Appels téléphoniques[2]
Ergothérapie	5 924	523
Physiothérapie	6 772	374
Orthophonie	1 152	143

1 Source : Données préliminaires du Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière.
2 Les appels téléphoniques sont des services dispensés par téléphone aux clients.

Biens d'équipement

Diverses acquisitions de biens d'équipement d'une valeur totale de 13 223 millions de dollars ont été effectuées en 2008-2009 afin de remplacer l'équipement vieillissant du réseau hospitalier. Les acquisitions de biens d'équipement les plus importantes comprennent :

- de nouveaux appareils d'anesthésie pour l'hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont;
- un nouvel appareil de mammographie numérique pour le Moncton Hospital;
- un nouvel appareil de radiographie numérique et une table d'urologie pour l'hôpital régional de Saint John;
- un nouveau tomodensitomètre pour l'hôpital régional Dr Everett Chalmers (en coopération avec la Fondation de l'hôpital régional);
- un nouvel appareil de radiographie pour l'hôpital régional d'Edmundston;
- un nouvel appareil de radiographie générale numérique pour l'hôpital régional de Campbellton;
- un nouveau système à osmose inverse pour le service de dialyse de l'hôpital régional Chaleur;
- un nouvel équipement d'échocardiographie pour l'hôpital régional de Miramichi;
- un nouvel équipement d'échocardiographie pour le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick à Saint John.

Réseau Cancer Nouveau-Brunswick (RCNB)

Le Réseau Cancer Nouveau-Brunswick (RCNB) est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie provinciale basée sur les faits pour tous les éléments des soins ayant trait au cancer, y compris la prévention, le dépistage, le traitement, le suivi, les soins palliatifs, la

education, and research. The goal of NBCN is to decrease the incidence, morbidity, and mortality of cancer among New Brunswick residents through cost-effective planning, delivery and evaluation of cancer services.

In carrying out its mandate, NBCN is actively involved with many components of the NB Healthcare system, including other divisions of the Department of Health, the Regional Health Authorities, FacilicorpNB, the New Brunswick Health Council, and the NB Health Research and Innovation Council.

In 2008-09, the organization and function of NBCN continued to grow as a result of the successful recruitment of key staff positions and the continuation of strategic planning processes.

The Network worked on a number of key strategies in 2008-09 to improve cancer care in New Brunswick. A key priority of NBCN in its efforts to reduce the burden of cancer in the province is the enhancement and establishment of cancer prevention and screening programs. In this regard, the review of the NB Breast Cancer Screening program was completed and the planning work for the implementation of a provincial Cervical Cancer Screening program began.

Pediatric oncology was also a priority for NBCN. In collaboration with other divisions of the Department of Health and the Regional Health Authorities, two pediatric oncology patient navigator positions were established, to work at each of the two RHAs. The pediatric oncology patient navigators will assist New Brunswick patients and families manage through the health care system as smoothly as possible.

NBCN continued to work with the RHAs in support of satellite cancer clinics in northern regions of the province (Caraquet, Campbellton, Bathurst, Miramichi). These satellite chemotherapy clinics enable patients from these areas to receive quality cancer services closer to home.

NBCN continued its involvement in the Joint Oncology Drug Review (JODR), a national process for the review and recommendation of new cancer drugs expected to streamline decision-making for provincial funding recommendations for these drugs.

The NB Provincial Cancer Registry (PCR), located in Saint John and under NBCN, continues to submit high quality patient and tumor information which is used for cancer surveillance and cancer program planning and evaluation. The NB PCR is certified nationally and internationally.

NBCN submitted a proposal to the Canadian Partnership Against Cancer in September 2008 for multi-year funding under a National Cancer Staging Initiative and Pathology Synoptic Reporting Project for 2008-2012. The initiative's primary goal is to achieve population-based, electronic capture of Collaborative Stage data for colorectal, breast, prostate and lung cancer by 2010. Cancer stage is the extent or spread

sensibilisation et la recherche. Le réseau a pour but de réduire l'incidence du cancer ainsi que la morbidité et la mortalité liées au cancer chez les résidents du Nouveau-Brunswick grâce à la planification, à la prestation et à l'évaluation efficientes des services de lutte contre le cancer.

En exécutant son mandat, le RCNB est constamment en lien avec de nombreuses composantes du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick, y compris avec d'autres divisions du ministère de la Santé, les régies régionales de la santé, FacilicorpNB, le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé et le Conseil de la recherche et de l'innovation en matière de santé du Nouveau-Brunswick.

En 2008-2009, l'organisation et la fonction du RCNB se sont développées à la suite du recrutement d'un personnel clé désigné et du maintien des processus de planification stratégique.

En 2008-2009, le réseau a travaillé à des stratégies clés visant à améliorer les soins pour le cancer au Nouveau-Brunswick. La priorité principale du RCNB dans ses tentatives de réduire le fardeau du cancer dans la province consiste à établir des programmes de dépistage et de prévention du cancer et à les améliorer. À cet égard, l'examen du programme du Nouveau-Brunswick de dépistage du cancer du sein s'est terminé et le travail de planification pour la mise en œuvre d'un programme provincial de dépistage du cancer du col utérin a commencé.

L'oncologie pédiatrique était aussi une priorité du RCNB. En collaboration avec d'autres divisions du ministère de la Santé et des régies régionales de la santé, on a établi deux postes d'intervenants-pivots pour les patients d'oncologie pédiatrique dans chacune des deux RRS. Les intervenants-pivots des patients d'oncologie pédiatrique aideront les patients et les familles néo-brunswickois à naviguer à travers le système de soins de santé aussi doucement que possible.

Le RCNB a continué à travailler avec les RRS pour appuyer les cliniques de cancer satellites dans les régions nord de la province (Caraquet, Campbellton, Bathurst, Miramichi). Ces cliniques de chimiothérapie satellites permettent aux patients de ces régions de recevoir des services de lutte contre le cancer de qualité plus près de la maison.

Le RCNB a poursuivi sa participation à l'Examen conjoint de médicaments oncologiques (ECMO), un processus national d'examen et de recommandation des nouveaux médicaments oncologiques qui devrait rationaliser la prise de décisions sur les recommandations de financement provincial pour ces médicaments.

Le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick, situé à Saint John et relevant du RCNB, continue de présenter des renseignements de haute qualité sur les patients et les tumeurs, lesquels sont utilisés pour assurer un suivi de contrôle du cancer ainsi que la planification et l'évaluation du programme de lutte contre le cancer. Le registre est accrédité sur le plan national et international.

Le RCNB a présenté une proposition au Partenariat canadien contre le cancer en septembre 2008 afin d'obtenir des fonds dans le cadre d'une initiative nationale sur la stadification du cancer et d'un projet de rapports synoptiques de pathologie pour 2008-2012. L'objectif premier de l'initiative est de saisir par voie électronique des données sur la stadification concertée fondées sur la population pour les cancers colorectaux, du sein, de la prostate et du poumon d'ici à 2010.

of tumor at the time of diagnosis. The initiative is also funding work in synoptic pathology, including the implementation of pathology synoptic reporting (a checklist with scientifically validated data elements structured as a set of questions and answers for each cancer site). This project will accelerate quality improvement in cancer patient care by enabling the adoption of best practices in pathology and will optimize the complete and consistent reporting of cancer stage information which is required for treatment planning.

Le stade du cancer se définit par l'étendue ou la propagation de la tumeur au moment du diagnostic. L'initiative subventionne également le travail sur les pathologies synoptiques, y compris la mise en œuvre de rapports synoptiques sur les pathologies (une liste de vérification avec des éléments de donnée confirmés sur le plan scientifique et présentés comme une série de questions et de réponses pour chaque site de cancer). Ce projet contribuera à améliorer la qualité des soins offerts aux patients atteints de cancer en permettant l'adoption de pratiques exemplaires en pathologie et optimisera l'information sur le stade du cancer requise pour la planification du traitement en établissant des rapports complets et systématiques.

The addition of an epidemiologist to the staff complement of NBCN in 2008 permitted the Network to expand its capabilities in the area of population oncology. Besides providing cancer information (eg. counts, rates) to the public in a timely fashion, the epidemiological team worked on a provincial cancer report for the period of 2002-2006. The data collection and analysis for this report began in 2008-2009 and is expected to be released during the fall of 2009. As well, NBCN was involved with a number of organizations which conducted research or studies on cancer-related topics (eg. National Research Council, Public Health Agency of Canada, Conservation Council of New Brunswick).

L'ajout d'un épidémiologiste à l'effectif du personnel du RCNB en 2008 a permis au réseau d'élargir ses capacités dans le domaine des soins oncologiques offerts à la population. Outre le fait d'offrir de l'information sur le cancer (p. ex. : les dénombrements, les taux) à la population en temps opportun, l'équipe épidémiologique a travaillé à l'élaboration d'un rapport provincial sur le cancer pour la période de 2002-2006. La collecte et l'analyse de données pour ce rapport ont commencé en 2008-2009. La publication du rapport est prévue pour l'automne 2009. De plus, le RCNB s'est associé à plusieurs organisations qui mènent des recherches ou des études sur des sujets liés au cancer (p. ex. : le Conseil national de recherches du Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, le Conseil de conservation du Nouveau-Brunswick).

In collaboration with the two RHAs, NBCN continued its planning work for the acquisition of linear accelerators for the province's two tertiary level cancer centers in order to meet commitments of the Patient Wait Time Guarantee in radiation therapy for cancer patients, which will be implemented in 2010. Also, NBCN began work on the Radiation Therapy Wait Time Guarantee Pilot Project (Health Canada funded) to develop an information-based system to report, monitor and plan for cancer radiation therapy services in the province.

En collaboration avec les deux régies régionales de la santé, le RCNB a continué son travail de planification pour acquérir des accélérateurs linéaires pour les deux centres tertiaires de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick afin de remplir les engagements liés à la garantie du délai d'attente du patient en radiothérapie pour les patients cancéreux, lesquels seront mis en œuvre en 2010. De plus, le RCNB a commencé son travail concernant le projet pilote sur la garantie du délai d'attente en radiothérapie (financé par Santé Canada) afin d'établir un système d'information qui permet de planifier et de surveiller les services de radiothérapie du cancer dans la province et d'établir des rapports à cet égard.

NBCN was involved in developing guidelines for the implementation of PET-CT services in the province and priorizing its use.

Le RCNB a aussi participé à l'élaboration des lignes directrices sur la mise en œuvre des services TEP-CT dans la province et au classement des priorités en ce qui concerne l'usage de ces services.

NBCN continued to organize and conduct educational sessions for the NB oncology workforce in 2008-09. Two educational days were held, in May and October of 2008. These full day events have proven to be of high value to the attendees.

Le RCNB a continué à organiser et à mener des séances de sensibilisation pour le personnel travaillant en oncologie du Nouveau-Brunswick en 2008-2009. Deux journées de formation se sont tenues en mai et en octobre 2008. Ces activités ayant eu lieu toute la journée se sont avérées d'une grande utilité pour les participants.

As part of NBCN's involvement in fostering a provincial approach to cancer research, discussions were held with the new NB Health Research and Innovation Council in 2008-09.

Dans le cadre des activités du RCNB pour favoriser une approche provinciale de la recherche sur le cancer, des discussions ont eu lieu avec le nouveau Conseil de la recherche et de l'innovation en matière de santé du Nouveau-Brunswick en 2008-2009.

NBCN participated on various provincial, regional and national oncology initiatives, such as committees, networks, working groups and meetings, to ensure input into policy and the development of cancer strategies across the country, such as the Canadian Partnership Against Cancer (CPAC); Canadian Breast Cancer Screening Initiative; the Canadian

Le RCNB a participé à divers projets provinciaux, régionaux et nationaux en matière d'oncologie, notamment à des comités, à des réseaux, à des groupes de travail et à des réunions, et a fourni des commentaires sur la politique et l'élaboration de stratégies relatives au cancer au pays, comme le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), l'Initiative canadienne de dépistage du cancer du sein, l'Association canadienne des

Association of Provincial Cancer Agencies (CAPCA); and the Atlantic Provinces Pediatric Hematology and Oncology Network (APPHON). NBCN was also engaged with cancer stakeholders through meetings facilitated by the New Brunswick Division of the Canadian Cancer Society. NBCN continued its involvement with the NB Surgical Care Network in 2008-09. As well, under the chairmanship of NBCN personnel, the provincial MIS Medical Oncology and Radiation Oncology Professional Advisory Groups continued to be active.

In 2008, NBCN became a member of the System Performance National Steering Committee, convened by the Canadian Partnership Against Cancer to guide the National Cancer Control Scorecard Development Project. The primary objective of this initiative is to identify and prioritize indicators for the development of the first National Cancer System Performance Scorecard, which will result in consistent system performance monitoring across provincial jurisdictions and across the continuum of cancer care.

In 2008-09, NBCN continued to be actively involved in ensuring that New Brunswick meets or exceeds nationally recognized benchmarks related to access to cancer services and wait times:

Wait time benchmark in radiation therapy (patients to receive radiation therapy within four weeks of being ready-to-treat): A system was implemented in 2006-07 for reporting wait times to NBCN by both tertiary cancer centres in New Brunswick. In 2008-09, on average 95 per cent of New Brunswick patients received radiation therapy within four weeks. Wait times in radiation therapy are reported publicly via the NBCN web page.

Cervical cancer screening benchmark (cervical cancer screening for women aged 18 to 69 every three years after two normal tests): Although New Brunswick did not have a provincial screening program in place in 2008-09, opportunistic PAP screening continued through the New Brunswick health care system. Data from the Canadian Community Health Survey, 2005 (Statistics Canada), shows that approximately 77 per cent of New Brunswick women in the 18-69 age group reported having had a Pap smear within the last three years. Planning for the implementation of a provincial Cervical Cancer Screening program began in 2008.

Breast cancer screening benchmark (70 per cent participation rate in breast cancer screening for women aged 50 to 69 every two years): New Brunswick has a population-based screening program (New Brunswick Breast Cancer Screening Services) for this target age group, which is under the direction of NBCN. The most current two-year provincial average participation rate for women between the ages of 50 to 69 years from April 1, 2006 to March 31, 2008 was 53.7 per cent (see Figure 1).

organismes provinciaux de lutte contre le cancer (ACOPLC) et le Réseau d'oncologie et d'hématologie pédiatrique des provinces atlantiques (ROHPPA). Le réseau a aussi amorcé un dialogue avec les intervenants dans le cadre de réunions organisées par la Division du Nouveau-Brunswick de la Société canadienne du cancer. Le RCNB a maintenu sa participation auprès du Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick en 2008-2009. De plus, les groupes consultatifs professionnels du SIG sur l'oncologie médicale et la radiothérapie à l'échelle provinciale ont continué leur activité, sous la présidence du personnel du RCNB.

En 2008, le RCNB est devenu membre du comité national de direction sur le rendement du système, convoqué par le Partenariat canadien contre le cancer, afin de guider le projet national d'établissement d'une fiche de rendement pour la lutte contre le cancer. L'objectif premier de cette initiative est de désigner les indicateurs pour l'établissement de la première fiche de rendement du système national de lutte contre le cancer et de les mettre en ordre de priorité, ce qui donnera lieu à une surveillance systématique du rendement du système dans toutes les administrations gouvernementales provinciales et dans toute la gamme de soins de lutte contre le cancer.

En 2008-2009, le RCNB a veillé activement à ce que le Nouveau-Brunswick satisfasse ou dépasse les points de référence reconnus à l'échelle nationale pour l'accès aux services de lutte contre le cancer et les délais d'attente :

Point de référence pour le délai d'attente en radiothérapie (patients devant suivre une radiothérapie dans un délai de quatre semaines à partir du moment où ils sont prêts à recevoir un traitement) : En 2006-2007, un système a été établi afin de permettre aux deux centres tertiaires de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick de signaler les délais d'attente au RCNB. En 2008-2009, 95 pour cent des patients au Nouveau-Brunswick en moyenne ont suivi une radiothérapie en moins de quatre semaines. Les délais d'attente en radiothérapie sont signalés au public par la page Web du RCNB.

Point de référence du dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes âgées de 18 à 69 ans tous les trois ans après deux tests normaux) : même si le Nouveau-Brunswick ne possédait pas un programme provincial de dépistage en 2008-2009, le dépistage opportuniste par test de Papanicolaou continue d'être effectué dans le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. D'après les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005 (Statistique Canada), environ 77 pour cent des femmes du Nouveau-Brunswick du groupe d'âge de 18 à 69 ans ont indiqué avoir passé un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années. La planification en prévision de la mise en place d'un programme provincial de dépistage du cancer du col de l'utérus a commencé en 2008.

Point de référence de dépistage du cancer du sein : (taux de participation de 70 pour cent du dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, tous les deux ans) : Le Nouveau-Brunswick offre un programme de dépistage basé sur la population (Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick) pour ce groupe d'âge ciblé, qui relève du RCNB. Le taux moyen provincial le plus récent de participation tous les deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans du 1er avril 2006 au 31 mars 2008 était de 53,7 pour cent (voir la figure 1).

Figure 1 - New Brunswick Breast Cancer Screening Service - Biennial Participation rate in women 50 to 69 years - Fiscal years 2006-07 and 2007-08

Zone		Number of women screened	Number of women in target population	Participation rate
1	**Moncton**	14,263	23,979	59.48%
	1B	*5,446*		
	1SE	*8,817*		
2	**Saint John**	9,175	20,927	43.84%
3	**Fredericton**	11,104	19,733	56.27%
4	**Edmunston**	3,717	6,710	55.40%
5	**Campbellton**	2,457	3,986	61.65%
6	**Bathurst**	5,012	11,396	43.98%
7	**Miramichi**	4,072	5,959	68.33%
	NB	**49,800**	**92,689**	**53.73%**

Source – NB Cancer Network using Breast Cancer Screening Service Database and Medicare resident registry.

The New Brunswick Breast Cancer Screening Services (NB BCSS) is a provincial program that provides screening mammography every two years to women between the ages of 50 and 69 years and by physician referral for women outside this age range. Screening mammography is offered at 16 sites throughout the province. The operation of the NB BCSS is a shared responsibility between the Department of Health (under the New Brunswick Cancer Network) and the Regional Health Authorities.

NBCN continues to strive for the NB BCSS to achieve the benchmark goal of a 70 per cent two-year participation rate for women 50 to 69 years of age. Attaining this goal is expected to reduce the mortality from breast cancer by approximately 30 per cent. Recommendations from the evaluation of the NB BCSS are focused to realize the 70 per cent benchmark goal.

Addiction Services

Addiction Services are delivered through seven Regional Health Authorities (2 RHAs effective September 1, 2008) throughout the province and provide prevention and treatment services from each centre. The overall goal of the Addictions Services delivery model in New Brunswick is to reduce the human and economic costs of substance abuse and gambling by intervening with individuals, families, employers and community partners.

To provide New Brunswickers with a safe environment to withdraw from alcohol, drugs and/or gambling, in-patient detoxification is provided within all zones. Within the fiscal year, a total of 2,284[1] individuals accessed detoxification services.

[1] Preliminary New Brunswick Regional Addictions Services System data for 2008-09.

Figure 1 - Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick - Taux de participation biennal chez les femmes de 50 à 69 ans - Années financières 2006-2007 et 2007-2008

Zone		Nombre de femmes ayant fait l'objet d'un dépistage	Nombre de femmes dans la population cible	Taux de participation
1	**Moncton**	14 263	23 979	59,48 %
	1B	*5 446*		
	1SE	*8 817*		
2	**Saint John**	9 175	20 927	43,84 %
3	**Fredericton**	11 104	19 733	56,27 %
4	**Edmundston**	3 717	6 710	55,40 %
5	**Campbellton**	2 457	3 986	61,65 %
6	**Bathurst**	5 012	11 396	43,98 %
7	**Miramichi**	4 072	5 959	68,33 %
	Total pour le N.-B.	**49 800**	**92 689**	**53,73 %**

Source : RCNB à l'aide de la base de données sur le dépistage du cancer du sein et du registre des résidents pour l'Assurance-maladie.

Le Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick est un programme provincial qui offre des mammographies de dépistage tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans et sur recommandation d'un médecin pour les femmes en dehors de cette plage d'âge. La mammographie de dépistage est offerte dans seize établissements de la province. Le fonctionnement du Service de dépistage est une responsabilité partagée entre le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (maintenant sous l'autorité du Réseau cancer Nouveau-Brunswick) et les régies régionales de la santé.

Le RCNB continue de s'efforcer pour que le Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick atteigne l'objectif-repère d'un taux de participation de 70 pour cent pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, ce qui devrait réduire la mortalité causée par le cancer du sein d'environ 30 pour cent. Les recommandations de l'évaluation du Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick viseront à atteindre l'objectif de 70 pour cent.

Services de traitement des dépendances

Les services de traitement des dépendances sont offerts par l'entremise de sept régies régionales de la santé (deux régies régionales de la santé depuis le 1er septembre 2008) dans l'ensemble de la province. Chaque centre offre également des services de prévention et de traitement. L'objectif général du modèle de prestation des services de traitement des dépendances au Nouveau-Brunswick vise à réduire les coûts humains et économiques de la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues et des dépendances au jeu, en intervenant auprès des particuliers, des familles, des employeurs et des partenaires communautaires.

Afin d'offrir aux gens du Nouveau-Brunswick un milieu sûr pour le sevrage de l'alcool, des drogues ou du jeu, un service de désintoxication aux clients admis est fourni dans toutes les zones. Au cours de l'exercice, 2 284[1] personnes au total ont accédé aux services de désintoxication.

[1] Données préliminaires du Système des Services régionaux de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick pour 2008-2009.

Persons who have achieved a detoxified state may access short-term rehabilitation services, which provide group therapy, education, stress management and self-awareness sessions within an in-patient, therapeutic environment. This program is three to four weeks in duration and is offered in Zones 2 (English) and 5 (bilingual); 164[2] individuals accessed these services in 2008-09.

Long term rehabilitation services for men are offered at Lonewater Farm within Zone 2. This residential program is normally accessed for a three-to six-month period, depending on client need. This program served 126[3] individuals within the fiscal year.

The Departments of Health, Public Safety and Education have partnered with Portage Atlantic to provide services for youth who need intense in-patient treatment. Portage Atlantic, a not-for-profit organization, operates a long term residential adolescent treatment facility for youth aged 14-21. Clients enter the facility after being referred though Addiction Services or, within Public Safety, Probation Services. There were 46 new admissions and six readmissions to the Portage facility in 2008-09.

For clients not requiring admission, each zone provides outpatient services, including assessments, consultations and counseling. In 2008-09, preliminary data showed that 1,429 persons aged 19 years or less and 2,239[4] persons over the age of 19 received outpatient counseling.

Four methadone clinics provided medical treatment and psycho-social counseling services to 1,076 distinct individuals in 2008-09. The following is a breakdown of persons served:

- Zone 1 served 279 people
- Zone 2 served 235 people
- Zone 3 served 314 people
- Zone 7 served 248 people

Some of the activities of note within the fiscal year include:

- The third annual addictions and mental health conference was held in Miramichi.
- A media campaign using television, radio, and newspaper advertising was undertaken to promote the awareness of help available for gambling addictions.
- A coordinator for "Health, Education and Enforcement in Partnership" continued work to sustain existing partnerships and to foster new ones for community-based initiatives that target youth.

2 Based on preliminary New Brunswick RASS data for 2008-2009.
3 Based on preliminary New Brunswick RASS data for 2008-2009.
4 Based on preliminary New Brunswick RASS data for 2008-2009.

Les personnes qui sont désintoxiquées peuvent accéder à des services de réadaptation à court terme, qui offrent des séances de thérapie de groupe, d'éducation, de gestion du stress et d'autosensibilisation dans un milieu thérapeutique pour les clients admis. Ce programme est d'une durée de trois à quatre semaines et est offert dans la zone 2 (en anglais) et la zone 5 (bilingue); 164[2] personnes se sont prévalues de ces services en 2008-2009.

Les services de réadaptation de longue durée pour les hommes sont offerts à Lonewater Farm dans la zone 2. Ce programme résidentiel est offert habituellement pour une période de trois à six mois, selon les besoins du client. Ce programme a servi 126[3] personnes au cours de l'exercice.

Les ministères de la Santé, de la Sécurité publique et de l'Éducation ont créé un partenariat avec Portage Atlantic pour offrir des services aux jeunes qui ont besoin d'un traitement intense en établissement. Portage Atlantic, un organisme sans but lucratif, gère un établissement résidentiel de traitement des adolescents de longue durée pour les jeunes âgés de 14 à 21 ans. Les clients entrent à l'établissement après y avoir été dirigés par les Services de traitement des dépendances, ou par les services de probation de la Sécurité publique. En 2008-2009, 46 nouveaux cas ont été admis et six cas ont été réadmis à l'établissement de Portage.

Pour les clients qui n'ont pas besoin d'être admis, chaque zone offre des services externes, y compris des évaluations, des consultations et du counseling. En 2008-2009, les données préliminaires indiquent que 1 429 personnes âgées de 19 ans ou moins et 2 239[4] personnes âgées de plus de 19 ans ont reçu des services de counseling en consultation externe.

Quatre cliniques de méthadone ont offert des traitements médicaux et des services de counseling psychosociaux à 1 076 participants distincts en 2008-2009. Voici une répartition de ces clients :

- La zone 1 a servi 279 personnes.
- La zone 2 a servi 235 personnes.
- La zone 3 a servi 314 personnes.
- La zone 7 a servi 248 personnes.

Voici certaines activités de l'exercice :

- La troisième conférence annuelle sur le traitement des dépendances et la santé mentale s'est tenue à Miramichi.
- Une campagne dans les médias comprenant des messages à la radio, à la télévision et dans les journaux pour accroître la sensibilisation à l'aide qui est disponible pour les dépendances au jeu.
- Un coordonnateur du programme Santé, éducation et services de police en partenariat a continué de travailler au maintien de partenariats existants et à la création de nouveaux partenariats dans le cadre des initiatives communautaires axées sur les jeunes.

2 Basé sur les données préliminaires des Services régionaux de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick pour 2008-2009.
3 Basé sur les données préliminaires des Services régionaux de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick pour 2008-2009.
4 Basé sur les données préliminaires des Services régionaux de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick pour 2008-2009.

Community Mental Health Centres

The regional health authorities are responsible for delivering community-based mental health services. The services are delivered through Community Mental Health Centres (CMHCs), which are a key component in the mental health service delivery system in New Brunswick. The CMHCs provide a variety of prevention, intervention, and post-vention services for New Brunswickers. Community mental health services are accessed through 14 CMHCs and other service points located throughout the province. The CMHCs are open from Monday to Friday, 8:30 a.m. to 5 p.m. In addition, crisis intervention services are available in the evening and on weekends throughout the province.

Community mental health services are available to all New Brunswickers, either through referrals by a doctor, through self-initiated visits to the CMHCs, or referral by another organization or government department (i.e. hospital, court, Social Development etc.). In the 2008-09 fiscal year, there were 15,298 new referrals, of which 39 per cent were either self-referral or referral by a parent, and 30 per cent were referral from a general practitioner or physician specialist.

CMHC programs target three key client groups: children and adolescents, adults with short-term needs, and adults with long-term needs. In the 2008-09 fiscal year, a total of 27,763 distinct individuals were served by Community Mental Health Centres for screening, assessment, treatment or follow-up in the three core programs; child and adolescent, acute, and long term. This represents 37.2 individuals for every 1,000 population.

In-Patient Psychiatric Care

Each of the eight regional hospital facilities includes a psychiatric unit that provides in-patient and day hospital services for voluntary and involuntary patients suffering from acute psychiatric disorders. They provide 24-hour emergency and consultation services to patients referred by physicians and Community Mental Health Centres; consultation/ liaison to other hospital medical and surgical units; and mental health education to a range of hospital clinical staff and other professionals. In the 2008-09 fiscal year, patients stayed in the psychiatric units for a total of 48,517 days (in-patient days).

The Child and Adolescent Psychiatric Unit (CAPU), a provincial six-bed tertiary resource located in the Moncton Hospital, provides in-patient care and outreach services to children and adolescents who need serious psychiatric treatment. In the 2008-09 fiscal year, this unit had 1,785 in-patient days.

Two psychiatric hospitals, Centracare in Saint John and the Restigouche Hospital Centre in Campbellton, provide specialized treatment and rehabilitation

Centres de santé mentale communautaires

La prestation des services de santé mentale communautaires relève des régies régionales de la santé. Les services sont offerts par l'entremise des centres de santé mentale communautaires qui constituent une composante essentielle du réseau de prestation des services de santé mentale au Nouveau-Brunswick. Les centres de santé mentale communautaires offrent toute une gamme de services de prévention, d'intervention et de postvention à la population néo-brunswickoise. Les services communautaires de santé mentale sont offerts par l'entremise de quatorze centres de santé mentale communautaires et d'autres points de service répartis dans l'ensemble de la province. Les centres de santé mentale communautaires offrent des services du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h. En outre, des services d'intervention pour les situations de crise sont disponibles le soir et les fins de semaine dans toute la province.

Les services communautaires de santé mentale sont disponibles pour tous les Néo-Brunswickois par l'entremise de l'aiguillage par un médecin, par des visites personnelles à un centre de santé mentale communautaire ou par l'aiguillage par un autre organisme ou un ministère du gouvernement (p. ex. : un hôpital, la cour, Développement social, etc.). En 2008-2009, on a enregistré 15 298 nouveaux patients dirigés, dont 39 pour cent autodirigés ou dirigés par un parent et 30 pour cent dirigés par un omnipraticien ou un spécialiste.

Les programmes des centres de santé mentale communautaires ciblent trois groupes précis de clients : les enfants et les adolescents, les adultes ayant des besoins à court terme et les adultes nécessitant des services à long terme. Au cours de l'exercice 2008-2009, 27 763 personnes ont reçu, des centres de santé mentale communautaires, des services d'évaluation, de traitement ou de suivi dans le cadre des trois programmes de base : services d'intervention immédiate, services aux enfants et aux adolescents et services de courte et de longue durée. Cela représente 37,2 personnes par 1 000 habitants.

Soins psychiatriques aux patients hospitalisés

Chacun des huit hôpitaux régionaux est doté d'une unité psychiatrique qui fournit des soins aux patients hospitalisés et des soins de jour aux patients atteints de troubles psychiatriques aigus, qu'ils soient en placement volontaire ou non. On y offre des soins d'urgence 24 heures sur 24 et des services de consultation pour les patients dirigés par les médecins et les intervenants des centres de santé mentale communautaires, des services de consultation et de liaison à l'intention des unités de médecine générale et de chirurgie, ainsi que des séances de formation sur la santé mentale à l'intention des différents membres du personnel clinique hospitalier et d'autres professionnels. En 2008-2009, les patients sont demeurés dans les unités psychiatriques pour une période totale de 48 517 jours-patients hospitalisés.

L'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents, un service tertiaire provincial de six lits situé au Moncton Hospital, fournit des soins hospitaliers et ambulatoires aux enfants et aux adolescents ayant un besoin important de soins psychiatriques. Au cours de l'exercice 2008-2009, l'unité a enregistré 1 785 jours-patients hospitalisés.

Deux hôpitaux psychiatriques, soit le Centracare de Saint John et le Centre hospitalier Restigouche de Campbellton, offrent des traitements spécialisés et des

services for patients with medium-to long-term psychiatric problems requiring hospitalization. The Restigouche Hospital Centre also provides specialized observation and assessment for forensic cases for the entire province. The two hospitals function as: specialized, tertiary, in-patient resources for other mental health services; support centres for evaluation, research and mental health training; and providers of psychiatric telephone / videoconference consultation and on-site support to other agencies for psychogeriatric patients and individuals with developmental handicaps. During the 2008-09 fiscal year, Centracare and RHC had 15,293 and 62,683 in-patient days, respectively, for a total of 77,976.

Hospital patients who no longer need tertiary hospital services are discharged into the community where services and supports are provided, allowing them to reintegrate successfully into a non-institutional environment.

Long-Term Mental Health Services

The objective of the community mental health Long-Term Adult Program is to provide services for adult clients experiencing or at risk of serious mental health problems and long-standing functional disorders. These clients are often socially isolated and cut off from their natural environments. The program helps clients to obtain the means to rebuild their social networks and develop the skills they need to live in the community.

This program is based on respect for persons with psychiatric disorders and on the belief that, through a range of services, they can reduce or eliminate the functional, interpersonal, and environmental barriers created by their disabilities and to lead independent and productive lives in society.

This program works to meet needs as perceived by clients while establishing links with the community to ensure maximum client autonomy with a minimum of professional intervention. Through community-based multidisciplinary teams, this program provides a variety of services to meet the needs of the individual. Services provided include assessment, treatment, case management, vocational and rehabilitation services. During the 2008-09 fiscal year, the Mental Health Services Adult Long-Term Care program provided a total of 73,722 services to 4,800 adults.

Medicare

The objective of Medicare is to ensure payment of medically required services for eligible New Brunswick residents, including hospitalization outside the province. This objective is reached through the activities of Medicare Services and Medicare Operations Units.

The Medicare Services Unit is responsible for policy development; project management, provision

services de réadaptation aux patients atteints de troubles psychiatriques de moyenne et de longue durée nécessitant l'hospitalisation. Le Centre hospitalier Restigouche offre également des services d'observation spécialisés des cas médico-légaux pour l'ensemble de la province. Les deux hôpitaux servent de centres tertiaires de ressources spécialisées internes pour les autres services de santé mentale, de centres de soutien en matière d'évaluation, de recherche et de formation en santé mentale. Ils sont aussi des fournisseurs de services de consultation par téléphone et par vidéoconférence dans le domaine de la psychiatrie et d'un soutien sur place aux organismes qui dispensent des soins aux patients en psychogériatrie et aux personnes ayant une incapacité liée au développement. En 2008-2009, Centracare et le Centre hospitalier Restigouche ont enregistré 15 293 et 62 683 jours-patients hospitalisés, respectivement, pour un total de 77 976 pour ces deux hôpitaux psychiatriques.

Les patients hospitalisés qui n'ont plus besoin de soins tertiaires réintègrent la collectivité, où ils reçoivent un soutien et des services appropriés, ce qui leur permet de réussir leur réinsertion sociale.

Services de santé mentale de longue durée

Le Programme de soins de santé mentale communautaires de longue durée à l'intention des adultes offre des services aux clients adultes qui ont des problèmes graves de santé mentale ou qui ont des troubles fonctionnels de longue date ainsi qu'à ceux et celles qui risquent d'avoir de tels problèmes. Ces clients souffrent souvent d'isolement social et sont exclus de leur milieu naturel. Le programme a pour but d'aider les clients à trouver des moyens de rétablir leurs réseaux sociaux et d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour vivre au sein de la collectivité.

Le programme est fondé sur le principe du respect des personnes ayant des problèmes psychiatriques et sur la conviction que par l'entremise de toute une gamme de services, ces personnes peuvent réduire ou éliminer les obstacles fonctionnels, interpersonnels et du milieu créés par leurs handicaps et réapprendre à vivre de façon autonome et productive dans la société.

Ce programme vise à répondre aux besoins cernés par les clients tout en établissant des liens avec la collectivité dans le but d'assurer au client la plus grande autonomie possible avec un minimum d'interventions professionnelles. Par l'entremise d'équipes communautaires multidisciplinaires, le programme fournit toute une gamme de services pour répondre aux besoins du client. Les services offerts comprennent l'évaluation, le traitement, la gestion de cas ainsi que des services de formation professionnelle et de réadaptation. Au cours de l'exercice 2008-2009, le Programme de soins de santé mentale de longue durée à l'intention des adultes a offert 73 722 services à 4 800 adultes.

Assurance-maladie

L'Assurance-maladie a pour objet d'assurer aux gens du Nouveau-Brunswick admissibles le paiement des services médicaux, y compris l'hospitalisation à l'extérieur de la province. Cet objectif est atteint par les activités des services de l'Assurance-maladie et des opérations de l'Assurance-maladie.

L'unité des services de l'Assurance-maladie est chargée de l'élaboration des politiques, des activités de gestion

of expert guidance on corporate and health policy issues and appeals regarding Medicare coverage. The unit is also responsible for physician remuneration. This includes the negotiation and interpretation of the Fee for Service Master Agreement and any subsidiary agreements with the New Brunswick Medical Society.

Medicare Services is also accountable for the formal consultative process for discussion of compensation and human resources issues affecting salaried physicians in Parts I and III of the Public Service. The objective is to reach consensus on required changes to the Medical Pay Plan. The parties included in this process are the New Brunswick Medical Society, the Department of Health and the Office of Human Resources.

The Medicare Operations Unit is responsible for the eligibility and registration of New Brunswick residents for medicare coverage, the registering of physicians, liaising with physicians as well as processing and, when applicable, the payment of in and out-of-country claims. Medicare Operations also audit's physician's billings to ensure these are billed according to legislation and the Fee-For-Service agreement. The unit also manages an advocacy service informing New Brunswick residents of their rights when dealing with Medicare.

In fiscal 2008-09:

- The number of eligible residents increased by 0.8 per cent from 736,977 in 2007-08 to 742,974 in 2008-09.
- Physicians are shifting away from being paid mainly on a fee-for-service basis to being paid via other arrangements. The number of fee-for-service physicians decreased from 1,123 to 1,067 or a decrease of five per cent from 2007-08 to 2008-09, while for the same time period, the number of salaried physicians increased from 387 to 419 or an increase of 8.3 per cent. The number of physicians paid by other methods including sessional increased from 238 to 249 or an increase of 4.6 per cent.

Health Emergency Management Services

The department is committed to ensuring that the province's health care system maintains a level of readiness to enable it to respond quickly and effectively to all health and medical emergencies, regardless of location, cause or magnitude. Small-scale emergencies, including traffic accidents, are considered routine within the context of the province's health care system. However, large-scale events, such as pandemic flu, or mass casualty incidents, demand advance planning and coordinated response in order for such emergencies to be managed effectively. Health Emergency Management provides the corporate leadership and guidance to address this need through the use of best practices and continuous improvement in programming.

de projets, de la prestation de conseils spécialisés sur les questions de politiques ministérielles et sur la santé ainsi que des appels concernant les décisions de l'Assurance-maladie. L'unité est aussi responsable de la rémunération des médecins. Cela comprend le processus de négociation ainsi que l'interprétation de l'entente-cadre de la rémunération à l'acte et tout autre accord complémentaire conclut avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick.

Les services de l'Assurance-maladie sont aussi chargés du processus de consultation officiel sur les indemnités et les questions de ressources humaines concernant les médecins salariés des parties I et III des services publics. Le but est d'atteindre un consensus sur les changements devant être apportés au régime de rénumération du personnel médical. Les parties comprises dans le processus sont la Société médicale du Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé et le Bureau des ressources humaines.

L'unité des opérations de l'Assurance-maladie est chargée de l'admissibilité et de l'inscription des résidents du Nouveau-Brunswick pour la couverture de l'Assurance-maladie; de l'inscription des médecins; de la liaison avec les médecins; du traitement et, lorsqu'il y a lieu, du paiement des réclamations provenant de l'intérieur et de l'extérieur du pays. L'unité des opérations de l'Assurance-maladie vérifie également la facturation des médecins pour s'assurer que les factures sont conformes à la loi et aux ententes de rémunération à l'acte. Elle gère également un service de représentation qui informe les résidents du Nouveau-Brunswick de leurs droits dans leurs relations avec l'Assurance-maladie.

Exercice 2008-2009

- Le nombre de résidents admissibles a augmenté de 0,8 pour cent, passant de 736 977 en 2007-2008 à 742 974 en 2008-2009.
- Les médecins qui étaient principalement rémunérés à l'acte veulent de plus en plus être payés par l'entremise d'autres modes de rémunération. Le nombre de médecins rémunérés à l'acte est passé de 1 123 à 1 067, soit une diminution de cinq pour cent de 2007-2008 à 2008-2009, tandis que pour la même période, le nombre de médecins salariés est passé de 387 à 419, soit une augmentation de 8,3 pour cent. Le nombre de médecins qui sont payés au moyen d'autres modes de rémunération, y compris à la vacation, a augmenté, passant de 238 à 249, ou une augmentation de 4,6 pour cent.

Services de gestion des interventions d'urgence en santé

Le ministère s'assure que le système de soins de santé de la province peut répondre rapidement et efficacement à toutes les urgences médicales et sanitaires, quels que soient l'endroit, la cause ou l'ampleur. Les petites urgences, comme les accidents de la circulation, sont considérées comme des situations routinières dans le contexte du système de soins de santé de la province. Toutefois, les incidents de grande envergure, comme une pandémie d'influenza ou les accidents faisant un grand nombre de blessés, exigent beaucoup de ressources, une planification d'urgence et une coordination des efforts pour que ces urgences soient bien gérées. Les Services de gestion des interventions d'urgence en santé fournissent une direction et de l'aide pour répondre à ce besoin, en adoptant des méthodes exemplaires et en améliorant constamment les programmes.

The mission of Health Emergency Management is to build capacity (plans, resources and training) and a state of readiness to enable the health care system to effectively respond to incidents where the health of large numbers of people may be at risk. The achievement of this goal is dependent upon the collaborative effort of all sectors of the health care system, volunteer groups, the private sector, other levels of government and the general public. It is also dependent upon the forging of strong partnerships and support mechanisms between emergency response agencies including Emergency Measures Organization, fire, police and ambulance services. Coordinated planning and response is one of the fundamental principles guiding effective health emergency management.

In 2008-09, Health Emergency Management Services continued to focus on the state of readiness through the following:

- Worked with Regional Health Authority emergency management officials to develop and implement preparedness plans, guides and protocols
- Collaborated with other provinces and Public Health Agency of Canada's Center for Emergency Preparedness and Response to integrate health emergency preparedness activities across the country
- Continued with refurbishment of the National Emergency Stockpile System (NESS) located throughout the province. The NESS has been designed to ensure that there are enough federal health care supplies available to help affected communities during times of extreme emergency or disaster
- Developed the Emergency Operation Centre Procedures Manual
- Developed a Business Continuity Plan for DH to ensure the DH maintains critical services during a disaster and to provide protection of corporate assets
- Developed a Provincial All Hazards Emergency Management Plan
- Collaborate with other departments of government and the Emergency Measures Organization to ensure that the department's emergency management planning efforts are integrated into the larger government-wide plan
- Collaborated with other provinces, Health Canada and the International Emergency Measures Group (IEMG) in completing Mutual Aid Agreements
- Developed a provincial / regional nuclear contingency plan
- Developed a emergency exercise manual to serve as a framework and guide for testing provincial / regional contingency plans and protocols
- Continued to focus on building capacity, developing contingency plans and building strong partnerships with other agencies and departments involved in emergency response

La mission des Services de gestion des interventions d'urgence en santé consiste à développer la capacité (plans, ressources et formation) afin que le système de soins de santé puisse intervenir de manière efficace en cas d'incidents pouvant mettre en danger la santé d'un grand nombre de personnes. La réalisation de cet objectif dépend des efforts collectifs de tous les secteurs du système de soins de santé, des groupes de bénévoles, du secteur privé, d'autres ordres de gouvernement et du grand public. Elle dépend également de la création de solides partenariats et d'un mécanisme de soutien entre les agences d'intervention d'urgence, y compris l'Organisation des mesures d'urgence, et les services de police, d'incendie et d'ambulance. La planification et l'intervention coordonnées constituent un des principes fondamentaux qui orientent une gestion efficace des interventions en cas d'urgence en matière de santé.

En 2008-2009, les Services de gestion des interventions d'urgence en santé ont continué de se concentrer sur l'état de préparation en procédant comme suit :

- Collaboration avec les agents de gestion des cas d'urgence des régies régionales de la santé à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans de préparation, de guides et de protocoles.
- Collaboration avec d'autres provinces et le Centre des mesures et d'interventions d'urgence de l'Agence de la santé publique du Canada pour intégrer les activités de préparation en cas d'urgence en matière de santé dans l'ensemble du pays.
- Renouvellement continu de la Réserve nationale de secours située dans l'ensemble de la province. La Réserve nationale de secours a été conçue pour veiller à ce qu'il y ait suffisamment de fournitures médicales fédérales pour aider les collectivités touchées lors d'une situation ou d'une catastrophe d'extrême urgence.
- Préparation du manuel sur les procédures du Centre des opérations d'urgence.
- Élaboration d'un plan de continuité des activités à l'intention du ministère de la Santé pour que celui-ci maintienne des services essentiels en cas de catastrophe et assure la protection des biens d'entreprise.
- Élaboration d'un plan provincial de gestion tous risques des interventions d'urgence.
- Collaboration avec d'autres ministères du gouvernement et l'Organisation des mesures d'urgence pour s'assurer que les efforts de planification du ministère en matière de gestion des situations d'urgence sont intégrés au plan gouvernemental.
- Collaboration avec d'autres provinces, Santé Canada et du Groupe international de gestion des urgences (GIGU) pour conclure des ententes d'assistance mutuelle.
- Élaboration d'un plan d'urgence nucléaire provincial/ régional.
- Préparation d'un manuel d'intervention en cas d'urgence pour encadrer et orienter l'essai des plans et des protocoles d'urgence provinciaux et régionaux.
- Concentration continue des efforts sur le renforcement des capacités, l'élaboration de plans d'urgence et la création de solides partenariats avec d'autres organismes et ministères participant aux interventions d'urgence.

Pandemic Planning

The most significant hazardous event that the province will face is pandemic influenza. Pandemic influenza preparedness planning in New Brunswick, as in all the provinces and territories, continues at both the provincial and regional levels. The goal of this planning effort is to minimize: serious illness, overall deaths, and societal disruption among New Brunswickers by providing access to appropriate prevention, care and treatment.

Realizing that the pandemic will affect all sectors of health care, and in keeping with the departmental "all hazards" approach to emergency planning, a comprehensive provincial pandemic preparedness planning structure and work plan has been developed to guide the effort and to enhance communication, coordination and information flow among the various stakeholders. At present, pandemic preparedness planning is considered the number one priority of Health Emergency Management Services.

Pandemic Influenza Preparedness Planning Initiatives in 2008-09:

- Continued to work with regional health authorities (RHAs) and other key stakeholders on pandemic influenza preparedness planning
- Continued to participate in pandemic planning at the federal and inter-provincial/territorial level
- Under the oversight and guidance of the Provincial Pandemic Preparedness Steering Committee, continued the development and updating of the New Brunswick Pandemic Influenza Plan. The plan will continue to be an "evergreen" document, modified as new information becomes available.
- Continued to participate in discussion forums and deliver formal presentations to identified stakeholders and government departments to increase awareness for the need for planning and to stimulate collaborative relationships
- Continued to work of pandemic working groups to identify and resolve issues, and to develop provincial planning and policy frameworks and/or guidelines for pandemic preparedness actions in key functional areas of the health system
- Secured services for inventory management, rotation and deployment regarding the provincial pandemic stockpile of health supplies and equipment
- Continued with process of finalizing logistics and rotation plan for provincial stockpile of pandemic supplies
- Continued to participate in the acquisition of the national antiviral stockpile
- Continued to secure personal protective, immunization and medical supplies and equipment for the provincial stockpile, in accordance with national and provincial assumptions and protocols

Planification en cas de pandémie

Le danger le plus important auquel la province fera face est la pandémie d'influenza. La planification en cas de pandémie d'influenza au Nouveau-Brunswick, ainsi que dans toutes les provinces et tous les territoires, se poursuit à l'échelle régionale et à l'échelle provinciale. Le but de cette planification est de minimiser les maladies graves, le nombre global de décès et la perturbation sociale chez les Néo-Brunswickois en assurant un accès à des soins, à des traitements et à des services de prévention appropriés.

En tenant compte du fait que la pandémie touchera tous les secteurs des soins de santé, et conformément à l'approche du ministère pour tous les dangers en matière de planification d'urgence, une structure de planification provinciale globale en cas de pandémie et un plan de travail ont été établis pour orienter les efforts et améliorer la coordination des communications et la circulation de l'information entre les divers intervenants. La planification en cas de pandémie est actuellement considérée comme la priorité absolue des Services de gestion d'intervention d'urgence en santé.

Initiatives de planification de la capacité d'intervention en cas de pandémie d'influenza en 2008-2009 :

- Poursuite du travail avec les régies régionales de la santé et les autres intervenants clés sur la planification en cas d'une pandémie d'influenza.
- Participation continue à la planification en cas d'une pandémie à l'échelle fédérale, interprovinciale et territoriale.
- Sous la direction et la responsabilité du Comité directeur provincial de préparation à la pandémie, élaboration et révision continues du Plan de lutte du Nouveau-Brunswick contre la pandémie d'influenza. Le plan continuera d'être un document actif et sera modifié à mesure que d'autre information deviendra disponible.
- Participation continue à des forums de discussion et présentation d'exposés officiels à des intervenants désignés et aux ministères du gouvernement afin de les sensibiliser davantage au besoin de planifier et de stimuler des relations de collaboration.
- Travail continu des groupes de travail provinciaux sur la lutte contre la pandémie pour cerner et résoudre les problèmes ainsi que pour élaborer des cadres stratégiques ou des lignes directrices à l'échelle de la province en matière de planification visant des mesures d'intervention en cas de pandémie dans des domaines fonctionnels clés du système de santé.
- Choix de services pour la gestion, la rotation et le déploiement des stocks concernant la réserve provinciale de fournitures et de matériels médicaux en cas de pandémie.
- Mise au point continue de la logistique et du plan de rotation de la réserve provinciale des fournitures en cas de pandémie.
- Participation continue à l'acquisition de la réserve antivirale nationale.
- Obtention continue d'équipement de protection individuelle, de fournitures et d'équipement d'immunisation et de fournitures médicales pour la réserve provinciale, conformément aux postulats et protocoles nationaux et provinciaux.

Communications

Communication services are coordinated by the Communications Branch working with departmental staff. Services include provision of strategic advice to senior management, media relations, ensuring public access to information about the department's programs and services, coordination of the development of educational and public awareness materials, and maintenance of the department's Web site www.gnb.ca/health

Other services include:

- Issues management
- Legislative and ministerial support
- Development and production of educational and promotional materials
- Social marketing
- Crisis communications management
- Web site management
- Advertisement
- Speech and news release writing
- Graphic design
- Public information
- Media monitoring
- Project management
- Editing and revising
- Emergency preparedness planning

Contract Management and Corporate Support Services

This branch is responsible for directing and coordinating the delivery of all essential auxiliary services to the department. These services include: contract management, facilities management, purchasing, central registry, departmental library, translation and interpretation, telephones, vehicle management, identification cards, mailroom, security, parking, photocopying and asset inventory. The branch is also responsible for managing the Third Party Liability Unit, which recovers healthcare costs associated with personal injury claims caused by a negligent act.

The branch has focused its efforts over the last year on enhancing the department's contract management process.

Official Languages

For the fiscal year 2008-09 a total of eleven complaints were received concerning official languages in the Department of Health and the Regional Health Authorities.

Of these 11, three were not substantiated, six were closed and resolved within the year and two are open.

Communications

La Direction des communications coordonne les services de communication de concert avec le personnel du ministère. Elle offre notamment des conseils stratégiques aux cadres supérieurs et s'occupe des relations avec les médias, en veillant à ce que le public ait accès à l'information pertinente sur les programmes et les services du ministère. En outre, elle coordonne la préparation des documents visant à informer et à sensibiliser le public et est chargée de la mise à jour du site Web du ministère www.gnb.ca/santé

Voici d'autres services offerts :

- gestion des enjeux;
- soutien législatif et ministériel;
- préparation et production du matériel pédagogique et promotionnel;
- marketing social;
- gestion des communications en situation de crise;
- gestion du site Web;
- publicité;
- rédaction de discours et de communiqués;
- conception graphique;
- information publique;
- relevé des nouvelles;
- gestion de projet;
- travail éditorial et révision;
- planification des mesures d'urgence.

Gestion des contrats et services de soutien ministériels

La direction est chargée de diriger et de coordonner la prestation de tous les services auxiliaires essentiels au ministère. Ces services comprennent : la gestion des contrats et des installations, les achats, les archives et la bibliothèque du ministère, les services de traduction et d'interprétation, les téléphones, la gestion des véhicules, les cartes d'identité, les salles de courrier, la sécurité, le stationnement, les photocopies et l'inventaire. La direction est aussi responsable de la gestion de la Section des recouvrements auprès des tiers, qui recouvre les coûts des soins de santé liés aux réclamations pour blessure causée par négligence.

La direction a concentré ses efforts au cours de la dernière année sur l'amélioration du processus de la gestion des contrats du ministère.

Langues officielles

Au cours de l'exercice 2008-2009, onze plaintes concernant les langues officielles dans le ministère de la Santé et les régies régionales de la santé ont été reçues.

Parmi ces plaintes, trois n'étaient pas fondées, six ont été classées et réglées pendant l'année et deux font toujours l'objet d'une enquête.

Office of Associate Deputy Minister of Health

The Associate Deputy Minister plays a key role in developing health care policy and ensuring delivery of health services in francophone communities, to ensure the delivery of quality health services in both official languages to all New Brunswickers.

The Office plans, develops, implements, and oversees Medicare services and operations, health human resources planning, and rural health and the medical education programs at the post graduate level and at the undergraduate level in collaboration with Post Secondary Education, Training and Labour. This branch is responsible for measuring the economic impact of new and proposed health services and programs, and to provide advice on issues ranging from Medicare utilization, human resources workforce required to meet the health system needs and designs including monitoring the supply and demand of the health workforce.

Dialogue santé

The Department and the Regional Health Authority A continued to implement many of the recommendations contained in the Dialogue on Health report.

The report and recommendations can be found at: http://www.gnb.ca/0051/dialogue/dialogue-e.asp

Some of the work done in 2008-09 includes:

- The planning and construction work was undertaken to provide a ward for eight family medicine beds at the Hôpital Enfant-Jésus RHSJ† in Caraquet. The beds were formally opened in June, 2009.
- The addition of nursing resources (Registered Nurse and Nurse Practitioner) and a new physician position to ensure that the Caraquet facility could provide 24/7 medical coverage. Recruitment efforts were successful in all instances and a new physician started on October 9.
- The planning and development activities to introduce a Rural Health Training Unit in the Péninsule. The Unit was officially opened in June 2009 and will provide training sites for medical students and residents in family medicine.
- The opening of a pre and post natal clinic.

Francophone Services and Rural Health

In order to provide primary care services to Francophones who are a minority group in Anglophone communities, development and construction work were undertaken in the communities of Fredericton and Saint John to establish a Community Health Center. In February, a new satellite of the St. Joseph's Community Health Centre opened and will provide wellness programs primarily to francophone residents in greater Saint John. Médisanté Saint John is located at the Centre communautaire Samuel-de-Champlain.

Bureau du sous-ministre délégué du ministère de la Santé

Le sous-ministre délégué joue un rôle clé dans l'élaboration des politiques sur les soins de santé et la prestation des services de santé dans les communautés francophones, afin d'offrir des services de santé de qualité dans les deux langues officielles à l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick.

Le bureau planifie, élabore, met en œuvre et supervise les services et les opérations de l'Assurance-maladie, la planification des effectifs du secteur de la santé, les programmes de santé en milieu rural et les programmes d'études médicales du premier et du deuxième cycle en collaboration avec le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail. La direction est responsable de mesurer les répercussions économiques des services et des programmes de santé nouveaux et proposés et de fournir des conseils sur une variété de questions allant de l'utilisation de l'Assurance-maladie à l'effectif des ressources humaines requis pour répondre aux besoins et aux buts du système de santé, y compris surveiller l'offre et la demande de la main-d'œuvre en matière de santé.

Dialogue santé

Le ministère et la régie régionale de la santé A ont continué de mettre en œuvre bon nombre de recommandations contenues dans le rapport Dialogue Santé.

Le rapport et les recommandations sont présentés à l'adresse : http://www.gnb.ca/0051/dialogue/dialogue-f.asp

Voici certains travaux effectués en 2008-2009 :

- La planification et les travaux ont été entrepris pour construire une aile abritant huit lits de médecine familiale à l'hôpital Enfant-Jésus RHSJ† à Caraquet. Les lits sont occupés officiellement depuis juin 2009.
- Des ressources infirmières (infirmières immatriculées et infirmière praticienne) ont été ajoutées et un nouveau poste de médecin a été créé à l'établissement de Caraquet pour qu'il puisse offrir une couverture médicale 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Dans tous les cas, les efforts de recrutement ont été fructueux et le nouveau médecin a commencé son travail le 9 octobre.
- Les activités de planification et de développement en vue de mettre sur pied une unité de formation en santé rurale dans la Péninsule. On a officiellement ouvert l'unité en juin 2009 et des sites de formation seront offerts pour les étudiants en médecine et les résidents en médecine familiale.
- L'ouverture d'une clinique prénatale et postnatale.

Services en français et santé rurale

Afin de fournir des services de soins primaires aux francophones qui constituent un groupe minoritaire dans les collectivités anglophones, des travaux de développement et de construction ont été entrepris dans les collectivités de Fredericton et de Saint John dans le but d'établir un centre de santé communautaire. En février, un nouveau bureau satellite du centre de santé communautaire St. Joseph's a ouvert ses portes. Il offre des programmes de mieux-être principalement aux résidents francophones dans le Grand Saint John. Médisanté Saint John est situé au Centre communautaire Samuel-de-Champlain.

A similar center was also opened in June, 2009 in Fredericton. The Centre de santé Noreen-Richard Health Centre, is a satellite health centre of the Gibson Health Clinic and will provide wellness programs primarily to francophone residents in the Greater Fredericton area.

To recognize the need for rural areas to have access to primary care services, a Community Health Center was opened in St. Isidore. The Center is the first Community Health Cooperative in the Province.

Teaching Center Designation

A teaching centre designation working committee was established with representatives of the Regional Health Authority A, Université de Sherbrooke, the Université de Moncton and the Departments of Health and Post Secondary Education and Labour to fulfill a mandate given by the Minister of Health in April, 2008.

The mandate of the working group was to determine the steps to be taken leading to a teaching hospital designation for the Dr Georges-L. Dumont hospital and other teaching hospitals within RHA A, including the criteria to be met for such a designation.

The Committee completed its work in March, 2009 and has prepared a report which has been submitted to the Department of Health. The report which outlines the proposed levels of designation and criteria that must be met to obtain the designation will be reviewed with a Working Committee on University Hospital Teaching Center Designation with representatives from as the Regional Health Authority B, Dalhousie University, University of New-Brunswick St. John Campus and the Departments of Health and Post Secondary Education and Labour.

New Brunswick Career Days

The sixth annual New Brunswick Career Days were held in out-of-province universities where New Brunswickers are studying to become health care professionals. This annual recruitment event provides an opportunity for New Brunswick students and others to meet with representatives of the Regional Health Authorities and departmental staff to discuss diverse employment opportunities within the province's health care system, as well as unique health initiatives. Over 250 students attend the event each year.

Allied Health Professionals Resource Strategy

To assist in ensuring that the population of New Brunswick can access services from the right mix of health professionals, the provincial Allied Health Resource Strategy included the following initiatives in 2008-09:

Un centre similaire a également ouvert ses postes en juin 2009 à Fredericton. Il s'agit du Centre de santé Noreen-Richard Health Centre. C'est un centre de santé satellite de la clinique médicale Gibson. Il offrira des programmes de mieux-être principalement aux résidents francophones du Grand Fredericton.

Pour reconnaître le besoin des régions rurales d'avoir accès aux services de soins primaires, un centre de santé communautaire a ouvert ses portes à Saint-Isidore. Il s'agit de la première coopérative de santé communautaire dans la province.

Désignation centre d'enseignement

Un comité de travail sur la désignation universitaire a été mis sur pied avec la participation des représentants de la régie régionale de la santé A, de l'Université de Sherbrooke, de l'Université de Moncton, du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail afin d'accomplir le mandat accordé par le ministre de la Santé en avril 2008.

Le mandat du groupe de travail consiste à établir les étapes à suivre menant à la désignation hôpital d'enseignement pour l'hôpital Dr-Georges-L. Dumont et d'autres hôpitaux d'enseignement au sein de la RRS A, y compris les critères à remplir pour obtenir une telle désignation.

Le comité a terminé son travail en mars 2009 et a préparé un rapport qui a été présenté au ministère de la Santé. Le rapport qui décrit les niveaux proposés de désignation et les critères qui doivent être remplis pour obtenir la désignation sera passé en revue par un comité de travail sur la désignation centre hospitalier universitaire composé de représentants de la régie régionale de la santé B, de l'Université Dalhousie, de l'Université du Nouveau-Brunswick, campus de Saint John, du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail.

Journées carrières au Nouveau-Brunswick

Pour la sixième année, les Journées carrières au Nouveau-Brunswick ont été tenues dans les universités à l'extérieur de la province où les Néo-Brunswickois étudient dans le but de devenir des professionnels de la santé. Cette journée a donné l'occasion aux étudiants néo-brunswickois ainsi qu'à d'autres de rencontrer les représentants des régies régionales de la santé et le personnel du ministère afin de discuter des diverses possibilités d'emploi au sein du système de santé de la province ainsi que des initiatives uniques sur la santé. Plus de 250 étudiants participent à l'événement chaque année.

Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles

En 2008-2009, pour s'assurer que la population du Nouveau-Brunswick a accès aux services de ressources professionnelles en santé, la Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles comprenait les mesures suivantes.

Health Bursary Program
The provincial health bursary program was launched on July 16, 2008. It consists of bursaries targeting health occupations with identified high vacancy rates and/or high forecasted vacancy rates in the public sector. As such, it is intended to be a relevant and dynamic recruitment strategy which is reviewed on an annual basis. In the fall of 2008, 56 bursaries were awarded to students enrolled in various high priority health professions.

Rehabilitation Services: Clinical Education Program
The New Brunswick Clinical Education Program is an innovative strategy implemented several years ago to assist with the recruitment and retention of rehabilitation professionals. The program coordinates the clinical placements in New Brunswick health-care facilities for students enrolled in audiology, occupational therapy, pharmacy, physiotherapy, and speech language pathology programs, which are all offered out-of-province. As such, this program allows students studying out-of-province to return to New Brunswick for their placements, while introducing them to the health care system in New Brunswick. In the academic year 2008-09, the department coordinated almost 250 clinical placements in the Regional Health Authorities.

Clinical Champions' Network
A Clinical Champions' Network, launched in July 2006 as a retention strategy, was again resumed in 2008-09. This strategy is aimed at identifying front-line clinicians who are recognized by their organizations as innovators and early adopters of preferred practices and positive system changes. The ultimate desired outcome in establishing this program is to foster provincial networking and sharing around innovative trends and best practices. Only four of the eight Regional Health Authorities submitted proposals. Three of the four RHAs were granted funding for the proposals submitted.

Nursing Resource Strategy

To ensure New Brunswickers have access to appropriate nursing resources, the New Brunswick government continued to apply its Nursing Resource Strategy in 2008-09:

Summer Employment Program for Student Nurses
This program was initiated with the cooperation of the Student Employment and Experience Development (SEED) program at the Department of Post-Secondary Education, Training and Labour. It provided 172 jobs to student nurses in hospitals and nursing homes. Student nurses could benefit from clinical settings to transfer their knowledge to real clinical situations and help Regional Health Authorities and nursing homes during the summer vacation months.

Reimbursement of Tuition for Refresher Programs
Seven nurses (RNs) and licensed practical nurses (LPNs) who wanted to re-enter the workforce received reimbursement of their tuition for their refresher

Programme de bourses dans le domaine de la santé
Le programme provincial de bourses dans le domaine de la santé a été lancé le 16 juillet 2008. Il offre des bourses spécialement aux professions de la santé où l'on retrouve ou prévoit des taux de vacance élevés dans le secteur public. Comme tel, le programme se veut une stratégie de recrutement dynamique et pertinente que l'on passera en revue annuellement. À l'automne 2008, 56 bourses ont été attribuées aux étudiants inscrits dans diverses professions de la santé hautement prioritaires.

Services de réadaptation : Programme de formation clinique
Le Programme de formation clinique au Nouveau-Brunswick est une stratégie unique qui a été mise en place il y a plusieurs années pour faciliter le recrutement et le maintien en poste des professionnels en réadaptation. Le programme sert à coordonner les stages cliniques dans les établissements de soins de santé du Nouveau-Brunswick des étudiants inscrits à des programmes d'études en audiologie, en ergothérapie, en pharmacie, en physiothérapie et en orthophonie qui sont tous offerts à l'extérieur de la province. Ainsi, ce programme permet aux étudiants inscrits aux programmes de formation à l'extérieur de la province de revenir au Nouveau-Brunswick pour leurs stages cliniques tout en se familiarisant avec le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. Au cours de l'année universitaire 2008-2009, le ministère a coordonné près de 250 stages cliniques dans les régies régionales de la santé.

Réseau des champions cliniques
Un réseau de champions cliniques qui a été mis sur pied en juillet 2006 à titre de stratégie de maintien en poste s'est poursuivie en 2008-2009. Elle vise à cerner les cliniciens de première ligne qui sont reconnus par leurs organisations comme étant novateurs et prêts, dès le début, à adopter des pratiques privilégiées et des changements positifs au système. Le résultat ultime recherché en établissant ce programme est de favoriser le réseautage provincial et l'échange de tendances novatrices et de pratiques exemplaires. Seules quatre des huit régies régionales de la santé ont présenté des propositions. Trois des quatre RRS ont reçu des fonds pour les propositions présentées.

Stratégie en matière de ressources infirmières

En 2008-2009, afin que les gens du Nouveau-Brunswick aient accès à des ressources infirmières compétentes, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a continué d'utiliser la Stratégie en matière de ressources infirmières.

Programme d'emploi d'été pour les étudiantes en soins infirmiers
Ce programme, lancé dans le cadre du programme Stage d'emploi étudiant pour demain (SEED) offert par le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail, a procuré 172 emplois à des étudiants en soins infirmiers, dans des hôpitaux et des foyers de soins. Les étudiantes et étudiants en sciences infirmières ont pu profiter d'un milieu clinique pour mettre en application les connaissances acquises dans des situations réelles et aider les régies régionales de la santé et les foyers de soins pendant les mois de congé estival.

Remboursement des frais de scolarité pour les programmes de mise à jour
Sept infirmières immatriculées (II) et infirmières auxiliaires autorisées (IAA) qui voulaient réintégrer le marché du travail ont obtenu un remboursement de leurs frais de scolarité pour

program. To ensure access to the nurse refresher program by both linguistic communities, the Nursing Resource Strategy contributed to the translation of the updates of the program offered by Grand MacEwan College in cooperation with the Nurses Association of New Brunswick.

New Brunswick Critical Care Nursing Program
Both, the University of New Brunswick and the Université de Moncton, as well as the Regional Health Authorities, have joined the Department of Health in this unique project to contribute to the preparation of nurses to work in critical care areas, including emergency departments. In 2008-09, 48 nurses benefited from this 17-week program. The program has been converted to a blended approach model including on-line learning.

Optimization of the roles of Nursing Care Providers
This project aims at the best utilization of the nursing care providers in Regional Health Authorities. The use, skills and skill mix of nursing service providers are being reviewed to best utilize the nursing resources throughout the health care system. In 2008-09, the support for the licensed practical nurses physical assessment of adult patients continued.

Nursing Mentorship Program
This program continued to ease the integration of new graduates as employees, and increase retention. One full-time nurse position in each Regional Health Authority is responsible for the coordination of this program.

In an effort to reach as many nurses as possible working in the public health care system, contribution from the Nursing Resource Strategy has been transferred to Nursing Home Services to enhance the orientation programs in nursing homes.

A poster displaying "Creating a Mentorship Culture" has been produced and posted in various RHA units.

Nurse Practitioner
An Education Subsidy Program benefited 55 student nurse practitioners who are employees in nursing in New Brunswick, by covering tuition and books. At the end of November 2008, New Brunswick had 49 nurse practitioners practicing in various sectors of the health care system: emergency rooms, Community Health Centres, primary care settings, nursing homes, sexual health services, Community Mental Health Centers, and correctional services. Until New Brunswick builds a large enough pool of nurse practitioners, some financial support is provided to physicians who accept the clinical supervision of student nurse practitioners.

Nursing Workforce Planning
Continuous efforts are deployed to ensure sufficient nursing care providers are available to meet future needs. Participation to national, provincial and

le programme de mise à jour. Afin que les deux communautés linguistiques aient accès au cours de perfectionnement en sciences infirmières, la Stratégie en matière de ressources infirmières a contribué à la traduction des mises à jour du programme offert au collège Grant MacEwan de concert avec l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.

Programme des soins infirmiers critiques du Nouveau-Brunswick
L'Université du Nouveau-Brunswick, l'Université de Moncton et les régies régionales de la santé se sont jointes au ministère de la Santé afin de contribuer, dans le cadre de ce projet unique, à la préparation des infirmières qui souhaitent travailler dans les unités de soins critiques, dont les services d'urgence. En 2008-2009, 48 infirmières se sont prévalues de ce programme d'une durée de 17 semaines. Le programme a adopté un modèle d'approche mixte qui inclut l'apprentissage en ligne.

Optimisation des rôles du personnel infirmier
Le projet a pour but de faire la meilleure utilisation possible du personnel infirmier dans les régies régionales de la santé. Le rôle du personnel infirmier ainsi que ses compétences et sa composition font l'objet d'une étude afin de maximiser les ressources infirmières dans l'ensemble du système de soins de santé. En 2008-2009, on a continué d'appuyer les infirmières auxiliaires autorisées pour qu'elles effectuent l'examen physique des patients adultes.

Programme de mentorat pour les infirmières
Ce programme a continué de faciliter l'intégration des nouveaux diplômés à titre d'employés, et pour améliorer le taux de maintien en poste. Le titulaire d'un poste d'infirmière à temps plein dans chaque régie régionale de la santé est responsable de la coordination du programme.

Afin d'atteindre le plus grand nombre d'infirmières possible dans le système de soins de santé public, la Stratégie en matière de ressources infirmières s'est tournée vers les services des foyers de soins dans le but d'améliorer les programmes d'orientation à ces endroits.

Une affiche ayant pour message la création d'une culture de mentorat a été produite et apposée dans différentes unités des régies régionales de la santé.

Infirmière praticienne
Un Programme de subvention des études a permis à 55 étudiantes à titre d'infirmières praticiennes, employées en sciences infirmières au Nouveau-Brunswick, de se prévaloir d'un tel programme qui couvre les frais de scolarité et les livres. À la fin de novembre 2008, le Nouveau-Brunswick comptait 49 infirmières praticiennes dans divers secteurs du système de santé : les salles d'urgence, les centres de santé communautaires, les milieux de soins primaires, les foyers de soins, les services de santé sexuelle, les centres de santé mentale communautaires et les services correctionnels. Jusqu'à ce que le Nouveau-Brunswick se dote d'un bassin suffisamment important d'infirmières praticiennes, une aide financière est accordée aux médecins qui acceptent d'assurer la supervision clinique des étudiantes à titre d'infirmières praticiennes.

Planification de la main-d'œuvre infirmière
Des efforts continuent d'être déployés pour s'assurer que les fournisseurs de soins infirmiers peuvent répondre aux besoins futurs. La participation aux initiatives nationales,

regional initiatives related to health human resources planning is a means to ensure we are aware of the trends and also benefit from our partners' experience. The Nursing Resources Advisory Committee, comprised of nursing stakeholders, provides regular reports for consideration by the Minister of Health.

Introducing the Practice of Midwifery to New Brunswick

To ensure timely access to obstetrics or maternal care the Department of Health began the process of introducing the practice of Midwifery into the New Brunswick health care system.

On June 18, 2008 the *Midwifery Act* received Royal Assent in the New Brunswick Legislative Assembly. The *Midwifery Act* will regulate the practice of Midwifery in New Brunswick. The *Midwifery Act* Regulations Advisory Committee was created to provide advice to the Department of Health respecting the development of regulations under the *Midwifery Act*. The Committee submitted a report with recommendations to the Department of Health.

Physician Resource Strategy

In fiscal 2008-09, the strategy included recruiting 111 physicians, which represents a net gain of 52 physicians (24 family practitioners and 28 specialists). This is the fifth largest increase in net number of new physicians in the last 15 years.

A total of 52 net new physicians were added in the province in 2008-09, as shown the table below:

provinciales et régionales relatives à la planification des ressources humaines en santé est un moyen de nous assurer de connaître les tendances et de bénéficier également de l'expérience de nos partenaires. Le Comité consultatif sur la main-d'œuvre infirmière, formé d'intervenants du domaine des soins infirmiers, fournit régulièrement des rapports aux fins d'examen par le ministre de la Santé.

Intégration de la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick

Pour assurer un accès opportun à l'obstétrique ou aux soins maternels, le ministère de la Santé a lancé le processus d'intégration de la profession de sage-femme dans le système de soins de santé au Nouveau-Brunswick.

Le 18 juin 2008, la *Loi sur les sages-femmes* a reçu la sanction royale de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick. *La Loi sur les sages-femmes* réglementera la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick. Le comité consultatif sur les règlements de la *Loi sur les sages-femmes* a été créé pour procurer des conseils au ministère de la Santé en ce qui concerne l'établissement de règlements en vertu de la *Loi sur les sages-femmes*. Le comité a présenté un rapport accompagné de recommandations au ministère de la Santé.

Stratégie des ressources médicales

Au cours de l'exercice 2008-2009, la stratégie comportait le recrutement de 111 médecins, ce qui représente un gain net de 52 médecins (24 médecins de famille et 28 spécialistes). Il s'agit de la cinquième augmentation la plus forte en chiffres nets de nouveaux médecins au cours des 15 dernières années.

En 2008-2009, il y a eu dans la province l'ajout d'un total net de 52 nouveaux médecins comme indiqué dans le tableau ci-contre :

Net New Physicians[1] by physician type, fiscal years 2004-05 to 2008-09/
Nombre net de nouveaux médecins[1] par type de médecin, années financières 2004-2005 à 2008-2009

Physician Type/Type de médecin	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09
Family Physicians/Médecins de famille	20	17	22	26	24
Specialists/Spécialistes	30	17	7	31	28
All Physicians/Total de médecins	**50**	**34**	**29**	**57**	**52**

Notes: [1]Net new physicians are determined by calculating the difference between physicians who established a practice within the province during the fiscal year (INs) and physicians who have left or closed a practice during the fiscal year (OUTs). Net new = Total INs – Total OUTs

Nota : [1]Le nombre net de nouveaux médecins est déterminé en calculant la différence entre les médecins qui ouvrent un cabinet dans la province pendant l'année financière et les médecins qui quittent la province ou ferment leur cabinet pendant l'exercice financier. Nombre net nouveaux = total des nouveaux venus – total de ceux qui ont quitté.

Other highlights in 2008-09 include:

A $25,000 location grant and bursary program for family practitioners who establish a practice in the cities of Moncton, Fredericton, or Saint John was introduced. Two family practitioners received the location grant while 10 2nd year residents received the bursary.

Fifty specialists received the $40,000 location grant, available to specialists whose specialty has been designated as hard-to-recruit.

Eleven family practitioners who establish a practice 40 km outside the cities of Moncton, Fredericton, or Saint John received a $50,000 location grant.

Fourteen $15,000 business grants were provided to family practitioners who established a practice in designated areas.

A total of seven Emergency Room recruitment bonuses of $50,000 each were provided. Since January 2007, family practitioners or specialists practicing on a full-time sessional basis in a 24/7 emergency room, are eligible for this recruitment incentive.

A total of 22 bursaries were provided to 14 family medicine residents and eight specialty residents. The bursary program, similar to the location grant program, allows eligible future family practitioners and specialists to receive a bursary while completing their last two years of their residency.

Thirty-one candidates received sponsorship under the Supernumerary Residency Training Program. This program provides funding and sponsorship for additional residency or fellowship training, with a return of service commitment.

A total of 463 weeks paid to 101 first-year and second-year medical students who participated in the summer preceptorship program.

The Advisory Committee on the Physician Supply and Demand Analysis Follow-up Study was established to provide advice and guidance to the Health Workforce Planning Branch regarding issues that relate to the Physician Supply and Demand Analysis Follow-up Study continued its work and the updated forecast will be completed by fall 2009.

A $6,000 bursary was awarded for the second time to 40 medical students in their third or fourth year of study.

Medical Education

Undergraduate Programs
The Sherbrooke/Moncton campus had its third intake of 24 students in September 2008.

The Dalhousie Medical Education Program–New Brunswick which is a distributed medical education program that will be based in Saint John was approved. The first intake of 30 students will occur in September 2010.

Voici d'autres faits saillants relevés en 2008-2009 :

Un programme de subvention d'emplacement et de bourse d'études de 25 000 $ pour les médecins de famille qui se font une clientèle dans les villes de Moncton, de Fredericton ou de Saint John a été lancé. Deux médecins de famille ont reçu la subvention d'emplacement tandis que dix résidents de 2e année ont reçu la bourse.

Cinquante spécialistes ont reçu la subvention d'emplacement de 40 000 $ accordée aux spécialistes qui souhaitent établir leur cabinet dans des régions où il est difficile de recruter.

Onze médecins de famille qui ont établi un cabinet à 40 km à l'extérieur des villes de Moncton, de Fredericton ou de Saint John ont reçu une subvention d'emplacement de 50 000 $.

Quatorze subventions d'affaires de 15 000 $ ont été accordées à des médecins de famille qui se sont établis dans des régions désignées.

Sept primes de recrutement de 50 000 $ en salle d'urgence ont été attribuées. Depuis janvier 2007, les médecins de famille ou les spécialistes exerçant sur une base de vacation à temps plein dans une salle d'urgence ouverte en permanence sont admissibles à cet incitatif de recrutement.

Un total de 22 bourses ont été accordées à 14 résidents de médecine familiale et à huit résidents de spécialité. Un programme de bourses, similaire au programme de subventions d'emplacement, a également été mis en œuvre. Celui-ci permet aux futurs médecins de famille et spécialistes admissibles qui sont dans les deux dernières années de résidence de recevoir une bourse.

Trente-et-un candidats ont été parrainés dans le cadre du Programme de formation en résidence surnuméraire. Le programme fournit un financement et un parrainage pour des places supplémentaires en échange d'un engagement de service.

Un total de 463 semaines ont été accordées à 101 étudiants en médecine de première année et de deuxième année qui ont participé au Programme de préceptorat d'été.

Un comité consultatif sur l'étude de suivi de l'analyse de l'offre et de la demande de médecins a été créé afin d'offrir des conseils et une orientation à la Direction de la planification des effectifs du secteur de la santé concernant l'étude de suivi de l'analyse de l'offre et de la demande de médecins. Il a poursuivi son travail et la prévision mise à jour sera terminée avant l'automne 2009.

Des bourses de 6 000 $ ont été accordées pour la deuxième fois à 40 étudiants de troisième et quatrième année.

Formation médicale

Programmes de premier cycle
Le campus de Sherbrooke-Moncton a accueilli son troisième groupe de 24 étudiants en septembre 2008.

Le programme de formation médicale de l'université Dalhousie – Nouveau-Brunswick qui constitue un programme de formation médicale réparti situé à Saint John a été approuvé. Un premier groupe de 30 étudiants seront admis en septembre 2010.

Post Graduate Programs
33 francophone residents did training rotations in Regional Health Authority A. The majority of these residents would be part of the Family Medicine teaching program based in Dieppe.

- Edmundston and Campbellton are now accepting residents as part of the Sherbrooke/Moncton specialty rotations.
- The Internal medicine residency program in Saint John, in affiliation with Dalhousie University, is now in its second year and now has four residents and the last cohort of two additional residents, will start in July 2009.
- Twenty new apartments have been secured in Moncton to accommodate residents who come to the area to do rotations. Saint John also secured an additional 20 apartments for the same purpose. This means that residents who come to New Brunswick for their rotations will have access to new single unit apartments.
- Over 90 residents from various medical faculties did their training throughout Regional Health Authority B. Thirty-eight (38) of these would be full time Family medicine Residents (14 in Moncton, 10 in Saint John and 14 in Fredericton), while the remainder do specialty rotations throughout the Regional Health Authority B.

Programmes de deuxième cycle
Trente-trois résidents francophones ont fait des rotations de formation dans la régie régionale de la santé A. La majorité de ces résidents font partie du programme de formation en médecine familiale situé à Dieppe.

- Edmundston et Campbellton acceptent maintenant des résidents dans le cadre des rotations de spécialité Sherbrooke-Moncton.
- Le programme de résidence de médecine interne à Saint John, affilié à l'Université Dalhousie, est maintenant dans sa deuxième année et possède maintenant quatre résidents. La dernière cohorte de deux résidents supplémentaires commencera en juillet 2009.
- Vingt nouveaux appartements ont été obtenus à Moncton pour accueillir les résidents qui sont venus dans la région pour effectuer des rotations. Saint John a aussi obtenu vingt appartements supplémentaires pour les mêmes fins. Cela veut dire que les résidents qui viennent au Nouveau-Brunswick pour effectuer leurs rotations auront accès à un nouvel immeuble d'habitation à logement unique.
- Plus de 90 résidents de diverses facultés de médecine ont fait leur formation dans l'ensemble de la régie régionale de la santé B. Trente-huit (38) étaient des résidents à temps plein en médecine familiale (14 à Moncton, 10 à Saint John et 14 à Fredericton), tandis que le reste effectuait des rotations de spécialité dans l'ensemble de la régie régionale de la santé B.

Planning, Sustainability, E-health and Corporate Privacy

The Planning, Sustainability and E-Health Division along with the Corporate Privacy Office were established within the Department in 2008. These functions fall under the mandate of an Assistant Deputy Minister responsible for strategic corporate activities.

The Planning, Sustainability and E-Health Division is divided into two branches: Research, Planning, Evaluation and Policy and Innovation, E-health and the Office of Sustainability. The Division is primarily responsible for overall health system governance planning, including the research and development of innovative concepts/projects leading to the long-term sustainability of the health care system. The Division is also responsible for corporate strategic planning, policy development, legislative development, research and evaluation, federal/provincial relations, aboriginal health, statistical information and data gathering instruments, accountability tools, performance indicators and management of corporate and system wide E-health projects.

Research, Planning, Evaluation and Policy

This unit is comprised of two Branches:

a) Health Planning, Policy and Legislation Branch and

b) Accountability and Health Information Management Branch.

a) Health Planning, Policy and Legislation

Health Planning, Policy and Legislation serves as a support for all Departmental divisions in developing the policies that underpin programs and operations. The coordination and writing of the Strategic Plan is driven by the Health Planning, Policy and Legislation Branch, as is the development of all public health legislation. In addition, the branch is responsible for all appointments to the various Boards within the responsibility of the department and also acts for the Minister in respect of his/her legislative oversight of private health profession legislation. Finally, the branch is also the department's lead for Federal/Provincial/ Territorial relations, as well as Aboriginal Health.

With the support of Health Planning, Policy and Legislation, the following Public Acts under the responsibility of the Department of Health were introduced/passed in the 2008-09 fiscal year:

Second Session of the 56th Legislature:

- Bill 34, An *Act to Amend the Regional Health Authorities Act*, to reform the boundaries and

Planification, viabilité, cybersanté et responsabilité de la protection de la vie privée

La Division de la planification, de la viabilité et de la cybersanté ainsi que le Bureau de la protection de la vie privée ont été établis au sein du ministère en 2008. Ces fonctions relèvent d'un sous-ministre adjoint chargé des activités stratégiques ministérielles.

La division est répartie en deux directions : Recherche, planification, évaluation et politique et Innovation, cybersanté et Bureau de la viabilité. La division est principalement responsable de la planification globale de la gouvernance du système de santé, dont la recherche et le développement des concepts et des projets innovateurs menant à la viabilité à long terme du système de soins de santé. La division est aussi responsable de la planification stratégique ministérielle, de l'élaboration des politiques, de l'élaboration des lois, de la recherche et de l'évaluation, des relations fédérales et provinciales, de la santé des Autochtones, de l'information statistique et des instruments de collecte de données, des outils de reddition de comptes, des indicateurs de rendement et de la gestion des projets ministériels et des projets de cybersanté à la grandeur du système de santé.

Recherche, planification, évaluation et politique

La direction est composée de deux unités :

a) Unité de la planification des politiques et de la législation en matière de santé

b) Direction de la responsabilisation et de la gestion de l'information sur la santé

a) Unité de la planification des politiques et de la législation en matière de santé

L'Unité de la planification des politiques et de la législation en matière de santé agit comme soutien pour toutes les divisions ministérielles dans l'élaboration des politiques qui sous-tendent les programmes et les activités. La coordination et la rédaction du plan stratégique sont pilotées par la Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé comme l'est l'élaboration de la législation en matière de santé publique. En outre, la direction est responsable de toutes les nominations aux divers conseils relevant du ministère; elle agit aussi pour le compte du ministre en ce qui concerne la surveillance des lois d'intérêt privé régissant la profession de la santé. Finalement, la direction est aussi le fer de lance du ministère pour les relations fédérales, provinciales et territoriales ainsi que pour la santé des Autochtones.

Fort du soutien de la Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé, les lois d'intérêt public suivantes sous la responsabilité du ministère de la Santé ont été adoptées en 2008-2009 :

Deuxième session de la 56e Législature :

- Projet de loi 34, *Loi modifiant la Loi sur les régies régionales de la santé*, afin de modifier les frontières et

structure of the province's RHAs.

- Bill 35, *New Brunswick Health Council Act*, to create a new council to monitor performance, receive citizen input, and make recommendations for New Brunswick's health care system.
- Bill 36, An *Act to Amend The Ambulance Services Act*, to reflect the transfer of this service to Ambulance New Brunswick.
- Bill 47, An *Act to Amend the Tobacco Sales Act*, establishing a comprehensive tobacco display ban.
- Bill 75, the *Midwifery Act*, was passed, establishing a new health profession in the province.

Acts relating to the regulation of health professions were also introduced:

Second Session:

- Bill 60, an *Act to Amend the Pharmacy Act* was passed and proclaimed, expanding and clarifying a pharmacist's ability to prescribe.

Third Session:

- Bill 29, An *Act Respecting the New Brunswick College of Dental Hygienists*, was introduced.

In addition to the above, the department completed a stakeholders' consultation to develop regulations for the *Midwifery Act*. The Department also prepared and presented two discussion papers for review by the Standing Committee on Law including Personal Health Information Access and Privacy Legislation, Discussion Paper for Standing Committee on Law Amendments and Health Care Directive Legislation, Discussion Paper for the Standing Committee on Law Amendments.

Public hearings were conducted by the Standing Committee on both papers. On April 3, 2009, the department received the Standing Committee's recommendations on the Discussion Paper relating to Personal Health Information Access and Privacy Legislation (http://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports/56-3/law-e.pdf).

On February 27, 2009, the department released its response to the report of a commission of inquiry that investigated systemic issues in the provision of pathology services at the former Miramichi Regional Health Authority. Recommendations from the inquiry were directed at key stakeholders, identifying issues such as quality assurance in the health-care system, the retention of trained pathologists, and the role of the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick.

la structure des RRS de la province.

- Projet de loi 35, *Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé*, afin de créer un nouveau conseil pour surveiller le rendement, recevoir les réactions des citoyens et faire des recommandations pour le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick.
- Projet de loi 36, *Loi modifiant la Loi sur les services d'ambulance*, pour refléter le transfert de ce service à Ambulance Nouveau-Brunswick.
- Projet de loi 47, *Loi modifiant la Loi sur les ventes de tabac*, pour établir une interdiction complète d'étaler les produits de tabac.
- Le projet de loi 75, *Loi sur les sages-femmes*, a été adopté, créant une nouvelle profession de la santé dans la province.

Des lois relatives à la réglementation des professions de la santé ont aussi été adoptées.

Deuxième session :

- Le projet de loi 60, *Loi modifiant la Loi sur la pharmacie*, a été adopté et promulgué, élargissant et clarifiant la capacité du pharmacien de faire des ordonnances.

Troisième session :

- Le projet de loi 29, *Loi concernant l'ordre des hygiénistes dentaires du Nouveau-Brunswick*, a été présenté.

Outre ce qui précède, le ministère a effectué une consultation auprès des intervenants dans le but d'établir les règlements en vertu de la *Loi sur les sages-femmes*. Le ministère a aussi préparé et présenté deux documents de discussion aux fins d'examen par le Comité permanent de modification des lois, notamment *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, Document de travail à l'intention du Comité permanent de modification des lois et Directives à l'égard des soins de santé, Document de travail à l'intention du Comité permanent de modification des lois.

Le Comité permanent a tenu des audiences publiques sur les deux documents. Le 3 avril 2009, le ministère a reçu les recommandations du Comité permanent sur le document de travail relativement à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (http://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports/56-3/law-f.pdf).

Le 27 février 2009, le ministère a publié sa réponse au rapport de la commission d'enquête qui a enquêté sur les problèmes systémiques relatifs à la prestation des services de pathologie dans l'ancienne régie régionale de la santé de Miramichi. Les recommandations découlant de cette enquête ont été acheminées aux intervenants principaux, relevant des problèmes tels que l'assurance de la qualité dans le système de soins de santé, le maintien en place des pathologistes qualifiés et le rôle du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

The department worked with stakeholders with a view to implementing the various recommendations. This collaboration resulted in province-wide improvements:

- the department accepted an oversight role with respect to the provincial hospital laboratory system;
- the department made improvements in training, attracting and retaining pathologists who meet the needs of New Brunswickers;
- the Regional Health Authorities implemented improvements to quality assurance and turnaround times; and
- the department and the College of Physicians and Surgeons worked collaboratively, amending the *Medical Act* to expand the college's investigative, disciplinary, and audit authority.

The recommendations arising from the inquiry have been instrumental to the department in its efforts to ensure that patients throughout the province receive the highest quality pathology services in our health-care system.

Finally, with regard to Aboriginal Health, New Brunswick entered into an Aboriginal Health Transition Fund Contribution Agreement with the Federal Government bringing a total of $1.1 M to assist in the adaptation of health services for our New Brunswick Aboriginal population.

b) Accountability and Health Information Management

The Accountability and Health Information Management team provides leadership and support in the development, implementation and utilization of health information systems to support planning, management and accountability reporting. This work involves ongoing development and maintenance of major corporate databases as well as analysis, research and evaluation activities: Specific initiatives undertaken during 2008-09 included:

- Ongoing coordination and leadership of data quality improvement activities for corporate information holdings associated with hospital services, public health, mental health and addictions, and extra mural services.
- Continued development and implementation of the Provincial Surgical Access Management information system.
- Development of a population health research database to support integrated analysis of health status, health services utilization and health services cost information.
- Health research capacity development through the operation of the Medical Research Fund of New Brunswick and the New Brunswick Regional Partnership Program.

Le ministère a travaillé avec les intervenants dans le but de mettre en œuvre les diverses recommandations. Cette collaboration a donné lieu à des améliorations à l'échelle de la province :

- le ministère a accepté un rôle de surveillance du réseau provincial de laboratoires des hôpitaux ;
- le ministère a effectué des améliorations pour former, attirer et maintenir en poste des pathologistes qui répondent aux besoins des Néo-Brunswickois;
- les régies régionales de la santé ont mis en œuvre des améliorations à l'assurance de la qualité et aux délais d'exécution;
- le ministère et le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ont travaillé en collaboration, modifiant la *Loi médicale* afin d'élargir les pouvoirs d'enquête, disciplinaires et de vérification du Collège.

Les recommandations découlant de l'enquête ont été déterminantes en ce qui concerne les efforts déployés par le ministère pour que les patients partout dans la province reçoivent la plus grande qualité de services en pathologie dans notre système de soins de santé.

Finalement, en ce qui concerne la santé des Autochtones, la province du Nouveau-Brunswick a conclu un accord de contribution en vertu du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires avec le gouvernement fédéral, recueillant un total de 1,1 million de dollars pour faciliter l'adaptation des services de santé dispensés à la population autochtone du Nouveau-Brunswick.

b) Responsabilisation et Gestion de l'information sur la santé

L'équipe de responsabilisation et de gestion de l'information sur la santé assure le leadership et le soutien pour l'établissement, la mise en œuvre et l'utilisation des systèmes d'information sur la santé afin d'appuyer la planification, la gestion et la reddition de comptes. Les tâches comprennent l'élaboration et la mise à jour continues d'importantes bases de données ainsi que des activités d'analyse, de recherche et d'évaluation. Voici certaines des initiatives entreprises en 2008-2009 :

- Coordination continue et responsabilité des activités d'amélioration de la qualité des données pour la base de données du système d'information de gestion associé aux services hospitaliers, à la santé publique, à la santé mentale et aux dépendances ainsi qu'aux services extra-muraux.
- Mise sur pied et mise en œuvre continue du système d'information sur la gestion de l'accès aux services chirurgicaux.
- Établissement d'une base de données en recherche sur la santé de la population afin de favoriser une analyse intégrée de l'état de santé, de l'utilisation des services de santé et de l'information concernant les coûts des services de santé.
- Établissement d'une capacité de recherche en santé par l'exploitation du Fonds de recherche médicale du Nouveau-Brunswick et le Programme de partenariats régionaux du Nouveau-Brunswick.

- Support for the implementation of the client registry component of the integrated electronic health record.
- Implementation of a new nursing workload measurement system for hospitals.
- Ongoing analysis and reporting of information housed in major departmental data holdings, including the Hospital Financial and Utilization Management system (HUFMS); the Extra-Mural administrative data repository, the Regional Addictions Services system and the Hospital Utilization Management database.
- Provision of support for a variety of other departmental initiatives including program evaluation activities, pandemic flu planning, development of personal health information legislation and strategic planning activities.

Innovation, E-health and the Office of Sustainability

Innovation, E-health and the Office of Sustainability is responsible for the development, implementation, communication and oversight of initiatives designed to promote a sustainable health system as well as the overall alignment and integration of innovation, technology advances and leading practices with the overall clinical business strategy to achieve optimal health system performance and quality care for all citizens of New Brunswick.

The branch provides project management and application development services in support of developing technology solutions to meet the business objectives of the department. It links the health care needs and functions to the systems that support healthcare delivery, through a common framework of inter-related systems and common language of standards and policies. It is dedicated to spearheading work throughout the organization, Regional Health Authorities and overall health system which directly contributes to a sustainable health system.

Lastly, the branch maintains a liaison with other key stakeholders engaged and/ or invested in similar interests within New Brunswick as well as within and outside Canada.

The following E-health initiatives were undertaken in 2008-09:

- Soutien pour la mise en œuvre de la composante Registre de la clientèle du dossier de santé électronique intégré.
- Mise en œuvre d'un nouveau système de mesure de la charge de travail des soins infirmiers pour les hôpitaux.
- Analyse et présentation continues de l'information située dans les principales bases de données du ministère, y compris dans le système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière (SIGFU), dans le dépôt des données administratives du Programme extra-mural, dans le système des services de traitement des dépendances régionaux ainsi que dans la base de données sur la gestion de l'utilisation hospitalière.
- Offre de soutien pour de nombreuses autres initiatives ministérielles, y compris les activités d'évaluation de programme, la préparation en vue d'une pandémie d'influenza, l'élaboration d'une loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé et la mise en place d'activités de planification stratégique.

Innovation, cybersanté et Bureau de la viabilité

La Direction de l'innovation, de la cybersanté et du Bureau de la viabilité est responsable de l'élaboration, de la mise en œuvre, de la communication et de la surveillance relatives aux initiatives qui visent à faire la promotion d'un système de santé viable. Elle est aussi responsable de l'harmonisation et de l'intégration globales de l'innovation, des avancées technologiques et des pratiques de pointe avec la stratégie d'entreprise clinique globale en vue d'atteindre le rendement optimal du système de santé et la qualité optimale des soins pour tous les citoyens du Nouveau-Brunswick.

La direction procure des services de gestion de projets et d'élaboration d'applications afin de trouver des solutions technologiques en vue de répondre aux objectifs opérationnels du ministère. Elle lie les besoins et les fonctions des soins de santé aux systèmes qui soutiennent la prestation de soins de santé, par l'intermédiaire d'un cadre commun de systèmes interreliés ainsi que de normes et de politiques communes. Elle se consacre à diriger le travail dans l'ensemble de l'organisation, les régies régionales de la santé et le système global de la santé, lequel contribue directement à un système de santé viable.

Enfin, la direction entretient des liens avec d'autres intervenants clés dont les intérêts sont similaires au Nouveau-Brunswick, au Canada ainsi qu'à l'extérieur du Canada.

Voici un bref aperçu des initiatives en cybersanté pour l'exercice 2008-2009 :

Funding/Financement

	FY 07-08/ EF-2007-2008		FY 08-09/ EF 2008-2009	
	TOTAL/ TOTAUX	FEDERAL CONTRIBUTION/ CONTRIBUTION FÉDÉRALE	TOTAL/ TOTAUX	FEDERAL CONTRIBUTION/ CONTRIBUTION FÉDÉRALE
Interoperable Electronic Health Record (iEHR)/ Dossier de santé électronique interopérable (DSEi)	7,176.4	4,448.1	7,094.7	4,216.0
Diagnostic Imaging Archive/ Archives d'imagerie diagnostique	4,768.1	3,574.1	3,856.3	1,767.8
Drug Information System/ Système d'information sur les médicaments	41.3	31.0	1,202.0	783.1
Public Health Surveillance (Panorama)/ Surveillance de la santé publique (Panorama)	1.2	-	131.4	-
Home Monitoring Program (HMP)/ Programme de surveillance des soins à domicile (PSSD)	101.5	50.7	444.6	222.3
Telerehabilitation/Télé-éducation	-	-	195.3	144.0
Shared Telehealth Initiative (STI)/ Initiatives partagées de télésanté (IPT)	277.2	-	321.8	241.4
Workload Measurement/Mesure de la charge de travail	148.0	-	1,470.3	-
Diabetes Portal/ Portail du diabète	-	-	200.0	-
Medicare Modernization/Modernisation de l'Assurance-maladie	2,071.5	-	3,468.9	-
Radiation Treatment Wait Times/ Délais d'attente pour la radiothérapie	158.5	156.4	1,788.5	1,788.5
National Staging Initiative - Synoptic Reporting/ Initiative nationale de stadification – Rapports synoptiques	-	-	128.3	128.3
Cervical Cancer Screening/ Dépistage du cancer du col de l'utérus	-	-	105.4	-
Prescription Monitoring Program (PMP)/ Programme de surveillance pharmaceutique (PSP)	289.0	-	1,228.6	-
TOTALS/ TOTAUX	**$15,032.6**	**$8,260.3**	**$21,636.1**	**$9,291.4**

Interoperable Electronic Health Record (iEHR)

The iEHR will link together patient information from across the entire health care system, including hospitals, doctors' offices, public health, mental health, allied health, pharmacies, laboratories, and diagnostic imaging. It will allow authorized healthcare providers access to timely, accurate, comprehensive, province-wide patient information at anytime and from anywhere. iEHR is the viewer that will provide access to the patient information and is scheduled to be implemented by the end of the 2009-10 fiscal year.

Dossier de santé électronique interopérable (DSEi)

Le dossier de santé électronique permettra de relier tous les renseignements sur le patient à la grandeur du système de soins de santé, y compris les hôpitaux, les cabinets de médecin, la santé publique, la santé mentale, les services de santé complémentaires et parallèles, les pharmacies, les laboratoires et l'imagerie diagnostique. Ce dossier permettra aux fournisseurs de soins de santé autorisés d'accéder à des renseignements opportuns, exacts et complets sur le patient dans l'ensemble de la province en tout lieu et en tout temps. Le DSEi sera le visualiseur qui donnera l'accès aux renseignements sur le patient. Sa mise en œuvre est prévue pour la fin de l'exercice 2009-2010.

Benefits:

- One patient record available anywhere and anytime
- Consolidation of many fragmented and scattered health records

Diagnostic Imaging Archive

The Diagnostic Imaging Archive is designed to consolidate a patient's digital diagnostic imaging reports and images, from such procedures as x-rays and magnetic resonance imaging (MRI) scans.These images will be available to authorized health care providers using a provincial viewer. The project will roll out over a 24- month time frame with an anticipated completion date of late fiscal year 2009-10.

Benefits:

- Improved access to diagnostic images across regions, and to reduce duplication of stored images across regions, through the use of the central repository.
- Elimination of disk and tape storage of images within all the regions – centralizing the purchase and operational costs of the storage.
- Patient records will be:
  - retained for the life of a patient;
  - made available for the use of authorized clinicians;
  - made available province wide in a standardized format; and
  - stored digitally on a centralized system with appropriate backup.

Drug Information System

The Drug Information System will allow automatic drug and drug-interaction checks and add the information to the patient's electronic health record. The system will provide physicians and pharmacists with data to support appropriate and accurate prescribing and dispensing. The project will roll out over a 36- month time frame with an anticipated completion date of fiscal year 2011-12.

Benefits:

- Decreased adverse drug events;
- Improved prescribing through the incorporation of prompts and reminders;
- Decreased health care costs due to drug complications;
- Increased access to an integrated drug profile across the continuum of care.

Public Health Surveillance (Panorama)

Panorama is a new system that will provide a unique and effective set of tools for public health surveillance. The purpose of this project is to reduce the risk to the general population from communicable diseases by investing in a surveillance system that supports better and consistent case management, immunization management, alerts, and outbreak

Avantages :

- Un dossier, un patient accessible en tout lieu et en tout temps.
- Consolidation des nombreux dossiers de santé fragmentés et dispersés.

Archives d'imagerie diagnostique

Les archives d'imagerie diagnostique sont conçues de manière à consolider les rapports et les images d'imagerie diagnostique numérique d'un patient, allant des interventions telles que les radiographies aux imageries par résonance magnétique. Ces images seront accessibles aux fournisseurs de soins de santé autorisés à l'aide d'un visualiseur provincial. Le projet se déroulera sur une période 24 mois avec une date d'achèvement prévue à la fin de 2009-2010.

Avantages :

- Meilleur accès aux images diagnostiques dans l'ensemble des régions et réduction du dédoublement des images stockées dans toutes les régions par l'intermédiaire des archives centrales.
- Élimination de l'entreposage des disques et des rubans contenant les images dans les régions – centralisation des coûts d'achat et des coûts d'exploitation de l'entreposage.
- Les dossiers des patients seront :
  - conservés durant toute la vie du patient;
  - accessibles par les cliniciens autorisés;
  - accessibles à l'échelle de la province dans un format normalisé;
  - conservé sous forme numérique dans un système centralisé doté d'un mécanisme de sauvegarde adéquat.

Système d'information sur les médicaments

Le système d'information sur les médicaments permettra d'effectuer automatiquement des vérifications d'interaction entre les médicaments et d'ajouter l'information au dossier de santé électronique du patient. Le système fournira des données aux médecins et aux pharmaciens pour favoriser une prescription et une exécution exactes et pertinentes d'une ordonnance. Le projet se déroulera sur une période 36 mois avec une date d'achèvement prévue en 2011-2012.

Avantages :

- Diminution des effets indésirables des médicaments.
- Meilleure prescription des ordonnances en incorporant des invites et des rappels.
- Diminution des coûts de soins de santé en raison des complications de médicaments.
- Meilleur accès à un profil des médicaments intégré dans l'ensemble du continuum des soins.

Surveillance de la santé publique (Panorama)

Panorama est un nouveau système qui offrira un ensemble d'outils unique et efficace pour la surveillance de la santé publique. Ce projet cherche à réduire le risque posé à l'ensemble de la population en raison des maladies transmissibles en investissant dans un système de surveillance qui favorise un suivi plus efficace et cohérent de la gestion des cas, de la gestion de l'immunisation, des

detection and response. The project is currently in a planning phase.

Benefits:

- Health professionals will be able to:
  - collect, share and analyze health information;
  - assist in managing public health services;
  - rapidly respond to emerging disease threats.

Home Monitoring Program

The Home Monitoring Program allows remote monitoring of surgical patients discharged from the New Brunswick Heart Centre following surgery. This is an expansion of an already successful program. The replacing of aging equipment and improved software will lead to increased patient participation. This project's implementation is scheduled to be complete in late fiscal 2009-10.

Benefits:

- Allow the Vital Program to attend a larger patient population;
- Ensure continued success of the program by moving to a standard technology base;
- The extension of the hospital into the home allows the telehealth nurse to visually assess the patient during a scheduled virtual visit.

Shared Telehealth Initiative

There are several pieces to this planning initiative, with the largest being an integrated solution for Extra-Mural Programs (EMP), to be called iEMP. The system will encompass both client and provider technologies to facilitate the collection and sharing of pertinent clinical and administrative data. In addition, a new governance structure will be defined for telehealth, a new scheduling system to manage human and physical resources and a standardized video conferencing system with bridging capabilities will be implemented.

Benefits:

- iEMP will assist patients to better self-manage their diseases;
- Improve case management and care planning;
- Improve productivity for EMP health service providers;
- Bridging distances to provide quality health care to all New Brunswickers;
- Standardized approach for communication across regions using teleconference technology.

Workload Measurement System

A workload measurement system is a tool for measuring the volume of activity provided by employees within defined departments. Each zone

alertes ainsi que de la détection et de l'intervention en cas d'éclosions. Le projet est actuellement dans sa phase de planification.

Avantages :

- Les professionnels de la santé seront capables d'effectuer les tâches suivantes :
  - recueillir, partager et analyser l'information sur la santé;
  - contribuer à la gestion des services de santé publique;
  - réagir rapidement aux nouvelles menaces de maladie.

Programme de surveillance des soins à domicile

Le programme de surveillance de soins à domicile permet la surveillance à distance des patients ayant subi une chirurgie et obtenu leur congé du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick à la suite d'une chirurgie. Il s'agit d'un accroissement d'un programme qui connaît déjà du succès. Le remplacement du matériel vieillissant et l'amélioration des logiciels mèneront à une plus grande participation du patient. Le projet devrait être mis en œuvre en 2009-2010.

Avantages :

- Permettre au programme Vital d'atteindre un bassin de patients plus large.
- Assurer le succès continu du programme en adoptant une base standard de technologie.
- Le prolongement de l'hôpital à la maison permet à l'infirmière de la télésanté d'évaluer visuellement le patient par une visite virtuelle prévue.

Initiatives partagées de télésanté

Il y a plusieurs composantes à cette initiative de planification, la plus importante étant une solution intégrée pour les programmes extra-muraux (PEM) qui s'appellera PEMi. Le système englobera la technologie du client et la technologie du fournisseur afin de faciliter la collecte et le partage des données administratives et cliniques pertinentes. De plus, une nouvelle structure de gouvernance sera définie pour la télésanté, et un nouveau système d'ordonnancement pour la gestion des ressources humaines et physiques ainsi qu'un système de vidéoconférences standardisé doté de capacités de liaison seront mis en œuvre.

Avantages :

- Le programme extra-mural interopérable (PEMi) permettra aux patients de mieux autogérer leurs maladies.
- Amélioration de la gestion des cas et de la planification des soins.
- Amélioration de la productivité pour les fournisseurs de services de santé du PEM.
- Réduction des distances pour offrir des soins de santé de qualité à tous les Néo-Brunswickois.
- Approche standardisée pour la communication dans l'ensemble des régions à l'aide de la technologie de téléconférence.

Système de mesure de la charge de travail

Un système de mesure de la charge de travail (SMCT) est un outil pour mesurer le volume d'activité exécuté par les employés dans certains services. À l'heure actuelle, chaque

currently support and maintain individual solutions to accomplish this work. Workload Measurement System is a provincial solution for all zones. This project's implementation is scheduled to be complete in late fiscal 2009-10.

Benefits:
- Enhanced versatility allowing the expansion of workload measurement into previously unreachable activities;
- Improved efficiency from one provincial solution;
- Standard provincial workload definitions will be developed and deployed.

Medicare Modernization

The current Medicare system is over 25 years old and is becoming increasingly expensive to operate and maintain. This initiative will harvest the business rules in the old system and implement a new system using modern tools, techniques and interfaces. The project involves three phases with completion scheduled for fiscal 2009-10.

Benefits:
- Significant cost savings related to maintenance costs.
- Increased response time and ability to leverage cost efficiency ideas.

Radiation Treatment Wait Times

A strategic provincial process for projecting supply/demand for radiotherapy will be developed. It will be applied to radiation therapy services provided to citizens within the publicly funded New Brunswick health system. The result will be improved efficiency and provide consistency with respect to timely access to treatment, definitions, data collection and reporting. This project is scheduled to be complete in fiscal 2010-11.

Benefits:
- Demand prediction for radiation therapy services will allow for improved strategic provincial resource planning;
- Software will facilitate monitoring, reporting and management of radiation therapy wait times;
- Ability to interface with the department's e-health information technology;
- Appropriate allocation of existing provincial resources.

Prescription Monitoring Program

Prescription Monitoring Program will capture data on all monitored drug (narcotics and controlled drugs) prescriptions dispensed in the province. The initiative will require the identification and tracking of all elements involved in the transaction, including the prescriber, pharmacy, pharmacist, patient and specific drug. The solution will generate alerts based on defined thresholds to flag potential inappropriate use of monitored drugs in a real-time environment. The

zone a ses propres solutions pour assumer cette charge. Le système de mesure de la charge de travail est une solution provinciale pour toutes les zones. Le projet devrait être mis en œuvre en 2009-2010.

Avantages :
- Une plus grande polyvalence qui permettra un élargissement de la mesure de la charge de travail à des activités précédemment hors de portée.
- Une plus grande efficacité grâce à une solution provinciale.
- Des définitions provinciales standard de la charge de travail seront mises au point et déployées.

Modernisation de l'Assurance-maladie

L'actuel système d'Assurance-maladie date de plus de 25 ans et devient de plus en plus coûteux à faire fonctionner et à maintenir. Cette initiative recueillera les règles administratives de l'ancien système et mettra en place un nouveau système utilisant des outils, des techniques et des interfaces modernes. Le projet, qui comporte trois phases, devrait s'achever en 2009-2010.

Avantages :
- Des économies de coûts considérables liées aux frais d'entretien.
- Un temps de réponse accru et la capacité de tirer parti d'idées d'économie de coûts.

Délais d'attente pour la radiothérapie

Un processus stratégique provincial sera établi pour prévoir l'offre et la demande en radiothérapie. Il sera appliqué aux services de radiothérapie offerts aux citoyens dans le cadre du système de santé financé par le gouvernement du Nouveau-Brunswick. Le résultat se traduira par une plus grande efficacité et offrira une cohérence pour ce qui est de l'accès opportun au traitement, aux définitions, à la collecte de données et à la production de rapports. Le projet devrait s'achever en 2010-2011.

Avantages :
- La prévision de la demande en ce qui concerne les services de radiothérapie entraînera une meilleure planification stratégique provinciale des ressources.
- Le logiciel facilitera la surveillance, la production de rapports et la gestion des délais d'attente en radiothérapie.
- La capacité de se connecter à la technologie d'information de la cybersanté du ministère.
- Allocation adéquate des ressources existantes de la province.

Programme de surveillance pharmaceutique

Le programme de surveillance pharmaceutique recueillera des données sur toutes les ordonnances de médicaments surveillés (narcotiques et médicaments réglementés) exécutées dans la province. L'initiative nécessitera l'identification et le repérage de tous les éléments concernés dans la transaction, y compris le médecin prescripteur, la pharmacie, le pharmacien, le patient et le médicament en question. La solution produira des alertes basées sur des seuils définis pour signaler une utilisation inappropriée possible de médicaments surveillés, et ce, dans un

technical solution will be completed in 2009-10.

Benefits:

- Real-time access by prescribers and pharmacists to a patient's monitored drugs history to assist in-patient care decision making.
- Promote optimal prescribing and use of monitored drugs.
- Alignment with the One Patient One Record vision.

Telerehabilitation
This is a joint planning project between Regional Health Authority B, Stan Cassidy Center for Rehabilitation, Infoway, and the Department of Health which combines the use of traditional telehealth technology to establish a foundation for secure patient access across the internet. The clinical focus will be patients diagnosed with stroke, neuromuscular disease, traumatic brain injury, cerebral palsy, and the provision of assistive technology services.

Benefits:

- Reduce wait times for specialized tertiary level rehabilitation services.
- Empower patients to be more active participants in their care.
- Improve access to specialized rehabilitation services for patients with physical disabilities.

Diabetes Portal

This pilot project, undertaken and completed during 2008-09, is a Patient Portal based on AnyWhere's Common Portal Technology. The patient and health care providers have access to evidenced-based information and can log test results and self-management indicators on the Portal for trending. The Portal is designed to promote the patient's self-management of Diabetes.

Benefits:

- Enhanced self-management of Diabetes by patients.
- Enhanced patient care by health care providers.
- Determining user population for portal.

National Staging Initiative - Synoptic Reporting

This project involves the implementation of a standardized Pathology Synoptic Reporting tool that captures data in a checklist format for lung, breast, colorectal and prostate cancers, as is consistent with recommendation 21(g) from the Creaghan report. As well it will implement an interoperable electronic solution to deliver cancer pathology information to clinicians and cancer surveillance. This project will be implemented in 2010-11.

environnement en temps réel. La solution technique sera mise au point en 2009-2010.

Avantages :

- Accès en temps réel par les médecins prescripteurs et les pharmaciens à l'historique de consommation des médicaments surveillés d'un patient afin d'aider à prendre des décisions en matière de soins aux patients.
- Favoriser la meilleure prescription et la meilleure utilisation des médicaments visés.
- Harmonisation avec la vision Un patient, un dossier.

Télééducation
Il s'agit d'un projet de planification conjoint entre la Régie régionale de la santé B, le Centre de réadaptation Stan Cassidy, l'Inforoute et le ministère de la Santé où l'utilisation de la technologie de télésanté traditionnelle est combinée pour établir le fondement d'un accès sécurisé au dossier d'un patient dans Internet. L'objectif clinique portera sur les patients diagnostiqués avec un accident cérébrovasculaire, une maladie neuromusculaire, un traumatisme cérébral, une paralysie cérébrale ainsi que la prestation de services en matière de technologie d'aide.

Avantages :

- Réduit les délais d'attente pour les services de réadaptation spécialisés de niveau tertiaire.
- Encourage les patients à participer plus activement à leurs soins.
- Améliore l'accès aux services de réadaptation spécialisés pour les patients atteints de déficiences physiques.

Portail du diabète

Ce projet pilote, entrepris et terminé en 2008-2009, est un portail à destination des patients utilisant la technologie de portail courante AnyWhere. Le patient et les fournisseurs de soins de santé peuvent accéder à des renseignements basés sur des preuves et y entrer les résultats de tests et les indicateurs d'autogestion pour établir les tendances. Le portail est conçu pour encourager le patient à autogérer son diabète.

Avantages :

- Une meilleure autogestion du diabète par les patients.
- De meilleurs soins pour les patients par les fournisseurs de soins de santé.
- Établir la population d'utilisateurs du portail.

Initiative nationale sur la stadification – Rapports synoptiques

Ce projet comporte la mise en œuvre d'un outil de création de rapports synoptiques normalisés pour chaque pathologie qui saisit les données dans une liste de vérification en cas de cancer des poumons, du sein, colorectal et de la prostate, conformément à la recommandation 21 g) du rapport Creaghan. De plus, il met en œuvre une solution électronique interopérable pour livrer ces données aux cliniciens dans le cadre de la surveillance des cancers. Le projet sera mis en œuvre en 2010-2011.

Benefits:

- Increased quality of cancer pathology reporting as hospitals adopt a uniform pathology standard.
- Increased efficiency, timeliness and security of transmission of cancer pathology reports .
- Improved cancer registry, screening and pathology surveillance and outcome reporting.

Cervical Cancer Screening

This is a project of the NB Cancer Network that will implement a provincial screening program for Cervical Cancer including the development and implementation of a Central Registry for Cervical Cancer. It will involve screening with integration between Regional Health Authorities and provincial health systems and builds upon the Tele-Oncology pilot project done by Beauséjour and implemented in Beauséjour, Mirimachi, Chaleur and Restigouche zones within the Regional Health Authorities. This project will be completed in fiscal 2010-11.

Benefits:

- Early detection and treatment of cervical cancer to reduce invasive treatment and mortality from this preventable cancer.
- Establishes a program model and reusable components for colon cancer screening and improved breast cancer screening.

Corporate Privacy Office

The Corporate Privacy Office is responsible for all activities related to the department's information privacy management including the development, implementation, maintenance and adherence of corporate-wide privacy policies, principles and practices. The Office is also responsible for developing an overarching privacy policy framework with other key health system stakeholders.

During the year in question, the Office became regularly involved in all aspects of information handling, particularly as it relates to the protection of personal information, with specific emphasis on personal health information. This includes such things as all requests for data, analysis, reviews and recommendations for the mitigation of all identified privacy risks. The Office also developed a blended methodology for the department to be used when conducting Privacy Impact Assessments (PIA) and has shared the methodology with Regional Health Authorities and FacilicorpNB.

The Office has engaged the Chief Privacy Officers from the Regional Health Authorities and FacilicorpNB to develop a common set of Corporate Privacy Policies. These policies are intended to assist all organizations in protecting personal health information in a consistent manner while delivering health services to the people of NB. These policies are to be in place in 2009-10.

Avantages :

- Meilleure qualité des rapports sur les pathologies du cancer pendant que les hôpitaux adoptent une norme uniforme en matière de pathologie.
- Meilleure efficacité, opportunité et sécurité dans la transmission des rapports sur les pathologies du cancer.
- Amélioration du registre du cancer, du dépistage, de la surveillance de la pathologie et des rapports de résultats.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Il s'agit d'un projet du Réseau Cancer Nouveau-Brunswick qui mettra en œuvre un programme provincial de dépistage du cancer du col de l'utérus, y compris la création et la mise en œuvre d'un registre central du cancer du col de l'utérus. Le dépistage s'effectuera en favorisant l'intégration entre les régies régionales de la santé et les systèmes provinciaux de la santé. Il s'appuiera sur le projet pilote de téléoncologie dirigé par la zone Beauséjour et mis en œuvre dans les zones Beauséjour, Miramichi, Chaleur et Restigouche dans les régies régionales de la santé. Le projet devrait s'achever en 2010-2011.

Avantages :

- Détection précoce et traitement du cancer du col de l'utérus afin de diminuer les possibilités d'un traitement effractif et de mortalité de ce cancer évitable.
- Établissement d'un modèle de programme et de composantes réutilisables pour le dépistage du cancer du côlon et pour un meilleur dépistage du cancer du sein.

Bureau de la protection de la vie privée

Le Bureau de la protection de la vie privée est responsable de toutes les activités liées à la gestion de la protection des renseignements personnels du ministère, y compris l'élaboration, la mise en œuvre, le maintien et l'adhésion des politiques, des pratiques et des principes relatifs à la protection des renseignements personnels dans l'ensemble du ministère. Le bureau est aussi responsable de l'établissement d'un cadre stratégique global de protection des renseignements personnels avec d'autres intervenants clés du système de santé.

Au cours de l'année visée, le bureau s'est intéressé régulièrement à tous les aspects de la manipulation de l'information, notamment en ce qui touche la protection des renseignements personnels en mettant un accent particulier sur les renseignements personnels concernant la santé. Ces aspects comportaient toutes les demandes de données, l'analyse, les examens et les recommandations visant l'atténuation de tous les risques établis relativement à la protection de la vie privée. Le bureau a aussi mis au point une méthodologie combinée à utiliser par le ministère lorsqu'il évalue les facteurs relatifs à la vie privée qu'il a partagés avec les régies régionales de la santé et FacilicorpNB.

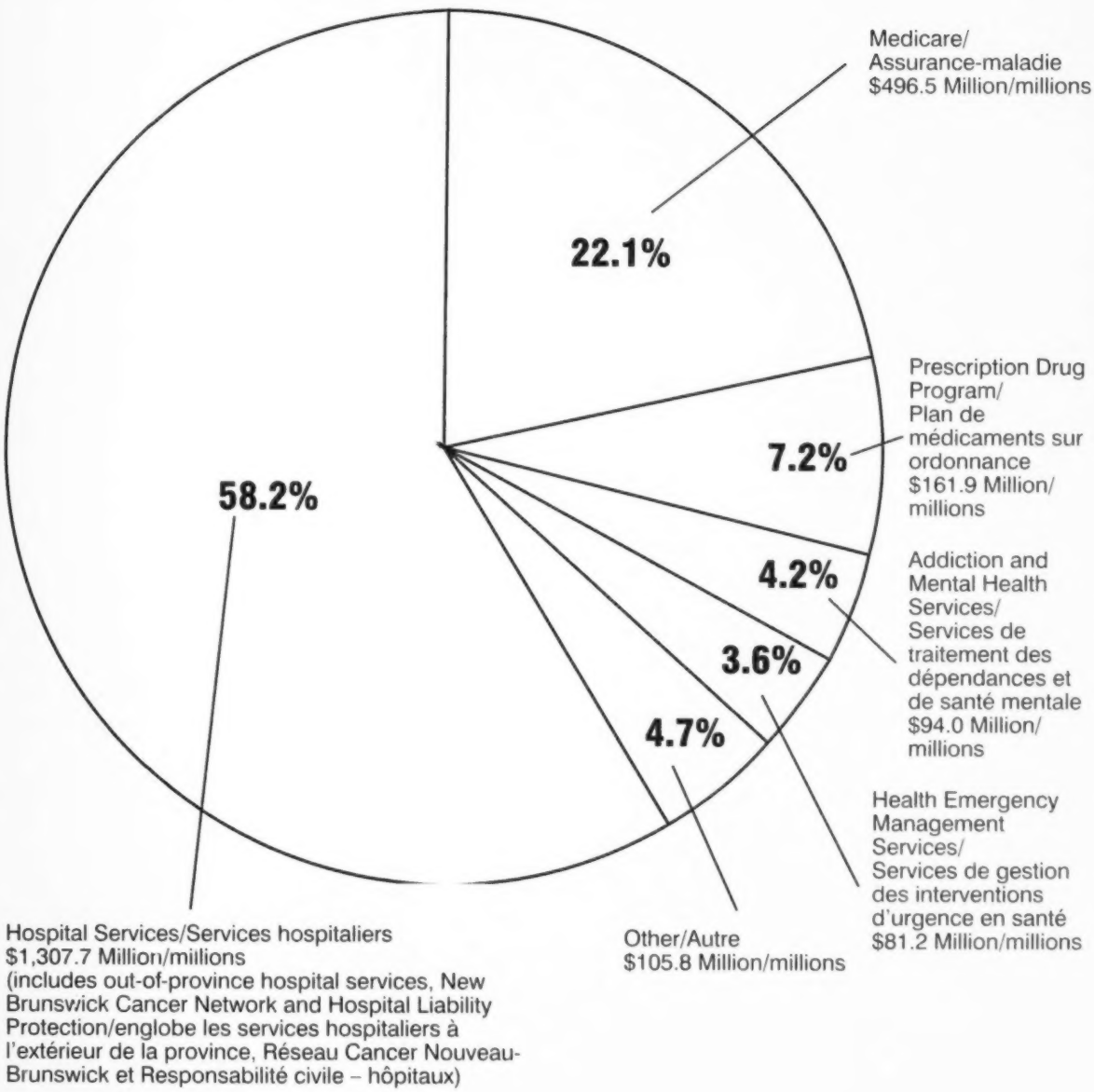
Le bureau a retenu les services des chefs de la protection de la vie privée des régies régionales de la santé et de FacilicorpNB pour mettre au point un ensemble commun de politiques ministérielles sur la protection de la vie privée. Ces politiques sont destinées à aider toutes les organisations à protéger les renseignements personnels sur la santé de manière cohérente tout en offrant des services de santé aux gens du Nouveau-Brunswick. Ces politiques seront en place en 2009-2010.

Financial Overview

Actual Expenditures
$2,247.1 Million
2008-09

Aperçu financier

Dépenses réelles
2 247,1 millions $
2008-2009



Financial Overview 2008-09
(000's)
Department of Health

	Main Estimates	Wage Settlements and Other Transfers	Final Budget	Actual	Variance	Note
Corporate and Other Health Services						
Administration and Financial Services	8,781.0	62.0	8,843.0	8,140.9	702.1	1
Information Technology	5,780.0	-	5,780.0	5,264.5	515.5	2
Planning and Health Human Resources	7,742.0	12.5	7,754.5	8,085.6	(331.1)	
Medical Education Program Services	6,820.0	348.1	7,168.1	7,201.2	(33.1)	
Out of Province Hospital Payments	47,213.0	7,000.0	54,213.0	47,343.6	6,869.4	3
Seniors Rehabilitative Equipment Program	875.0	-	875.0	875.5	(0.5)	
Public Health Program Services	24,830.0	13.4	24,843.4	23,402.3	1,441.1	4
Hospital Liability Protection	1,000.0	-	1,000.0	5,286.5	(4,286.5)	5
Hospital Program Services	38,959.0	9.0	38,968.0	35,641.1	3,326.9	6
New Brunswick Cancer Network	2,984.0	7.4	2,991.4	2,086.2	905.2	7
Health Emergency Management Services	84,983.0	1,362.0	86,345.0	81,195.0	5,150.0	8
Addiction Program Services	1,504.0	-	1,504.0	1,113.3	390.7	
Mental Health Program Services	5,033.0	6.3	5,039.3	4,812.2	227.1	
E-Health	21,308.0	-	21,308.0	23,534.7	(2,226.7)	9
Medicare	486,248.0	-	486,248.0	496,450.4	(10,202.4)	10
Prescription Drug Program	162,632.0	4.3	162,636.3	161,894.1	742.2	11
Regional Health Authorities						
Medical Education	9,762.0	97.2	9,859.2	10,251.5	(392.3)	
Public Health Services	18,498.0	767.1	19,265.1	19,069.1	196.0	
Hospital Services	1,177,261.0	52,931.2	1,230,192.2	1,217,399.0	12,793.2	12
Addiction Services	16,052.0	376.1	16,428.1	17,081.8	(653.7)	13
Mental Health Services	68,463.0	2,389.0	70,852.0	70,987.2	(135.2)	
Department Total Ordinary	**2,196,728.0**	**65,385.6**	**2,262,113.6**	**2,247,115.7**	**14,997.9**	
Capital	**13,223.0**	**-**	**13,223.0**	**13,218.1**	**4.9**	
Revenue						
Interest & Investment Income	319.0	-	319.0	426.9	107.9	
General	22,246.0	-	22,246.0	24,718.9	2,472.9	14
Miscellaneous	60.0	-	60.0	703.6	643.6	15
Conditional Grants	16,064.0	-	16,064.0	13,846.2	(2,217.8)	16
Department Total Revenue	**38,689.0**	**-**	**38,689.0**	**39,695.6**	**1,006.6**	

Aperçu financier 2008-2009
(000)
Ministère de la Santé

	Budget principal	Règlements salariaux et autres transferts	Budget total	Montants réels	Écart	Note
Services ministériels et autres services de santé						
Administration et services financiers	8 781,0	62,0	8 843,0	8 140,9	702,1	1
Technologie de l'information	5 780,0	-	5 780,0	5 264,5	515,5	2
Planification et ressources humaines en santé	7 742,0	12,5	7 754,5	8 085,6	(331,1)	
Services des programmes de formation médicale	6 820,0	348,1	7 168,1	7 201,2	(33,1)	
Règlement des services hospitaliers hors-province	47 213,0	7 000,0	54 213,0	47 343,6	6 869,4	3
Programme d'équipement de réadaptation pour personnes âgées	875,0	-	875,0	875,5	(0,5)	
Services des programmes de santé publique	24 830,0	13,4	24 843,4	23 402,3	1 441,1	4
Responsabilité civile - hôpitaux	1 000,0	-	1 000,0	5 286,5	(4 286,5)	5
Services des programmes hospitaliers	38 959,0	9,0	38 968,0	35 641,1	3 326,9	6
Réseau Cancer Nouveau-Brunswick	2 984,0	7,4	2 991,4	2 086,2	905,2	7
Services de gestion des interventions d'urgence en santé	84 983,0	1 362,0	86 345,0	81 195,0	5 150,0	8
Services du programme de traitement des dépendances	1 504,0	-	1 504,0	1 113,3	390,7	
Services des programmes en santé mentale	5 033,0	6,3	5 039,3	4 812,2	227,1	
Cybersanté	21 308,0	-	21 308,0	23 534,7	(2 226,7)	9
Assurance-maladie	486 248,0	-	486 248,0	496 450,4	(10 202,4)	10
Plan de médicaments sur ordonnance	162 632,0	4,3	162 636,3	161 894,1	742,2	11
Régies régionales de la santé						
Formation médicale	9 762,0	97,2	9 859,2	10 251,5	(392,3)	
Services de santé publique	18 498,0	767,1	19 265,1	19 069,1	196,0	
Services hospitaliers	1 177 261,0	52 931,2	1 230 192,2	1 217 399,0	12 793,2	12
Services de traitement des dépendances	16 052,0	376,1	16 428,1	17 081,8	(653,7)	13
Services de santé mentale	68 463,0	2 389,0	70 852,0	70 987,2	(135,2)	
Total du compte ordinaire du ministère	**2 196 728,0**	**65 385,6**	**2 262 113,6**	**2 247 115,7**	**14 997,9**	
Compte de capital	**13 223,0**	**-**	**13 223,0**	**13 218,1**	**4,9**	
Recettes						
Intérêts créditeurs et revenus de placements	319,0	-	319,0	426,9	107,9	
Recettes générales	22 246,0	-	22 246,0	24 718,9	2 472,9	14
Recettes diverses	60,0	-	60,0	703,6	643,6	15
Subventions conditionnelles	16 064,0	-	16 064,0	13 846,2	(2 217,8)	16
Recettes totales du ministère	**38 689,0**	**-**	**38 689,0**	**39 695,6**	**1 006,6**	

FINANCIAL OVERVIEW FOR FISCAL 2008-09

The following provides explanations for significant budget variances for the fiscal year 2008-09:

1. The under-expenditure in Administration and Financial Services was mainly due to the transfer of the Communications Branch to Communications New Brunswick effective April 1, 2008.
2. The under-expenditure in Information Technology was mainly the result of savings under the master services agreement for help desk services.
3. The under-expenditure in Out of Province Hospital Payments was due to lower than anticipated program growth.
4. The under-expenditure in Public Health Program Services was the result of lower than anticipated expenditures in the Immunization Program.
5. The over-expenditure in Hospital Liability Protection was the result of higher than anticipated liability claims as forecasted by the actuary.
6. The under-expenditure in Hospital Program Services was mainly due to delays in project implementation, primarily for the workload measurement system.
7. The under-expenditure in the New Brunswick Cancer Network was mainly due to vacancies.
8. The under-expenditure in Health Emergency Management Services was the result of the restructured ambulance system not yet operating at full maturity.
9. The over-expenditure in E-Health was due to project development costs associated with various E-Health systems.
10. The over-expenditure in Medicare was mainly due to additional expenditures required to implement changes in compensation models for physicians providing care in emergency departments as well as in-patient hospital care.
11. The under-expenditure in the Prescription Drug Program was due to program growth being slightly less than what was originally budgeted.
12. The under-expenditure in Regional Health Authorities – Hospital Services was mainly due to an increase in out-of-province revenues collected within the hospital system.
13. The over-expenditure in Regional Health Authorities – Addiction Services was the result of various smaller shortfalls spread across the various Regional Health Authority zones.
14. General revenues were higher than budgeted mainly due to increased revenues from the Recovery Levy, as a result of an increase in the number of insured vehicles as well as the accident frequency stabilizing.
15. Miscellaneous revenues were higher than budgeted mainly due to various prior year items being recovered.
16. Conditional Grants were lower than budgeted mainly due to lower than anticipated recoveries from Canada Health Infoway for E-Health related projects.

APERÇU FINANCIER EXERCICE 2008-2009

Les écarts budgétaires importants pour 2008-2009 sont expliqués ci dessous :

1. La sous-utilisation du crédit au poste de Services des finances et de l'administration est principalement attribuable au transfert de la Direction des communications à Communications Nouveau-Brunswick à compter du 1er avril 2008.
2. La sous-utilisation du crédit au poste de Technologie de l'information est surtout le résultat d'économies réalisées en vertu de l'entente-cadre de service pour les services de dépannage.
3. La sous-utilisation du crédit au poste de Paiements aux hôpitaux à l'extérieur de la province est attribuable à une croissance du programme plus faible que prévu.
4. La sous-utilisation du crédit au poste de Services du programme de santé publique est surtout le résultat des dépenses plus faibles que prévu au chapitre du programme d'immunisation.
5. Le dépassement de crédit au poste de Plan de protection de la responsabilité hospitalière est attribuable à un nombre plus élevé de demandes d'indemnité que ne l'a prévu l'actuaire.
6. La sous-utilisation de crédit au poste des Services des programmes hospitaliers est surtout attribuable à des retards dans la mise en œuvre de projets, principalement en ce qui concerne le système de mesure de la charge de travail.
7. La sous-utilisation de crédit au poste du Réseau Cancer Nouveau-Brunswick est surtout attribuable aux postes vacants.
8. La sous-utilisation de crédit au poste des Services de gestion des interventions d'urgence est le résultat de la restructuration du système d'ambulance qui ne fonctionne pas encore à sa pleine capacité.
9. Le dépassement de crédit au poste de la Cybersanté est attribuable aux coûts de développement des projets associés à divers systèmes de cybersanté.
10. Le dépassement du crédit au poste de l'Assurance-maladie est surtout attribuable aux dépenses additionnelles nécessaires pour mettre en œuvre les modèles de compensation pour les médecins offrant des soins dans les services d'urgence et aux patients hospitalisés.
11. La sous-utilisation de crédit au poste du Plan de médicaments sur ordonnance est attribuable au fait que la croissance du programme était légèrement inférieure à celle initialement prévu au budget.
12. La sous-utilisation de crédit au poste des Régies régionales de la santé- Services hospitaliers est surtout attribuable à une hausse des revenus perçus à l'extérieur de la province dans le cadre du système de santé.
13. Le dépassement de crédit au poste des Régies régionales de la santé – Services de traitement des dépendances est le résultat d'un manque à gagner moins grand réparti parmi toutes les zones des régies régionales de la santé.
14. Les recettes générales sont plus élevées que celles prévues au budget en raison principalement de revenus accrus liés au recouvrement des contributions à cause de la stabilisation du nombre d'accidents et de l'augmentation du nombre de véhicules assurés.
15. Les recettes diverses sont plus élevées que celles prévues au budget principalement en raison de la récupération de certains postes de l'année précédente.
16. Les subventions remboursables sous condition sont moins élevées que prévu au budget principalement en raison des recouvrements d'Inforoute Santé Canada pour les projets de cybersanté.